



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KAHRAMANMARAŞ İLİNDE HALKA AÇIK
PARKLARDAKİ SPOR ALETLERİNİ KULLANAN
KİŞİLERİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN
BELİRLENMESİ**

SEDAT DAĞILGAN

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2020





T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**KAHRAMANMARAŞ İLİNDE HALKA AÇIK
PARKLARDAKİ SPOR ALETLERİNİ KULLANAN KİŞİLERİN
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

SEDAT DAĞILGAN
(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:
DOÇ. DR. AYSEL ÖZDEMİR

BURSA-2020

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum ‘‘Kahramanmaraş İlinde Halka Açık Parklardaki Spor Aletlerini Kullanan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi’’ adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Adı Soyadı

Sedat DAĞILGAN

Tarih ve İmza

31. 01. 2020



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Sedat DAĞILGAN tarafından hazırlanan “Kahramanmaraş İlinde Halka Açık Parklardaki Spor Aletlerini Kullanan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi” konulu Yüksek Lisans/tezi/...../..... günü,-..... saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

Tez Danışmanı Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR
Üye Dr. Öğretim Üyesi Yelda CANDAN DÖNMEZ
Üye Doç.Dr. Neriman AKANSEL

İmza



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

Adı Soyadı: Sedat DAĞILGAN

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Kahramanmaraş İlinde Halka Açık Parklardaki Spor Aletlerini Kullanan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi

ÖZELLİKLER	UYGUNDUR	UYGUN DEĞİLDİR	AÇIKLAMA
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakterleri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Doç. Dr. Aysel Özdemir

İmza:

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak

İç Kapak

ETİK BEYANI	II
KABUL VE ONAY SAYFASI	III
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU	IV
İÇİNDEKİLER	V
TÜRKÇE ÖZET	VII
İNGİLİZCE ÖZET	VIII
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	5
2.1. Sağlık ve Hastalık.....	5
2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Bakış.....	7
2.1.2.Sağlık ve Hastalıkların Belirleyicileri	9
2.1.3.Sağlık ve Hastalıkların Davranışsal Belirleyicileri	12
2.1.4.Sağlıklı Yaşam ve Fiziksel Aktivite	13
2.1.5. Kronik Hastalıklar ve Fiziksel Aktivite	15
2.2. Sağlık ve Spor Aktiviteleri	17
2.2.1.Sağlığın Korunmasında Spor Aktivitelerinin Yeri	18
2.2.2. Sağlık Durumuna Göre Spor Aktivite Tercihleri	19
2.2.3.Spor Aktivitelerini Gerçekleştirirken Dikkat Edilmesi Gerekenler ve Sınırlılıklar	21
2.2.4.Spor Aktivite Tercihlerinde Sağlık Çalışanlarının Rolü	22
2.2.5. Spor Aktivitelerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	22
2.3. Halka Açık Alanlarda Kullanılan Spor Aktivite Aletleri.....	23
2.3.1.Spor Aktivite Aletlerinin Sağlık İçin Yararları.....	23
2.3.2. Spor Aktivite Aletlerinin Kullanımı Esnasında Karşılaşılabilecek Sağlığa Riskleri.....	24
2.3.3.Spor Aktivite Aletlerinin Özellikleri	25
2.3.4.Spor Aktivite Aletlerinin Kullanımı Süresince Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar	35
2.3.5. Spor Aktivite Aletlerinin Kullanım Levhalarının Önemi	36
2.4.Sağlık Okuryazarlığı.....	37
2.4.1. Sağlık Okuryazarlığın Tanımı	37
2.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Modelleri ve Ölçümü	39

2.4.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi ve Etki Faktörleri	42
2.4.4. Spor Aletlerini Kullanmada Sağlık Okuryazarlığının Önemi	44
2.5.Sağlık Okuryazarlığı Literatür	46
3.GEREÇ VE YÖNTEM	49
3.1.Araştırmanın Tipi	49
3.2.Araştırmanın Hipotezleri	49
3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları	49
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	49
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	49
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	50
3.7.Veri Toplama Araçları	50
3.7.1.Veri Toplama Formu	50
3.7.2.Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (Tsoy-32) Ölçeği.....	51
3.8.Veri Toplama Yöntemi	52
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
3.10.Etik Açıklamalar	52
3.11.Araştırmaya Sağlanan Destek.....	52
4.BULGULAR	53
4.1.Katılımcıların Kişisel Bilgi Formuna Ait Verilerinin Dağılımı	53
4.2. Katılımcıların Kişisel Bilgi Formuna Ait Verileri İle Bazı Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	63
4.3.Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri	85
4.3.1. Güvenirlik Analizi.....	87
4.3.2. Katılımcıların Kişisel Bilgi Formuna Ait Verileri ile Tsoy-32 Ölçek İndeksinin Karşılaştırılması.....	89
5.TARTIŞMA ve SONUÇ	97
6.KAYNAKLAR	118
8.EKLER	132
9.TEŞEKKÜR	143
10.ÖZGEÇMİŞ	144

TÜRKÇE ÖZET

Araştırma Kahramanmaraş ili merkez ilçelerindeki halka açık parklardaki spor aletlerini kullanan 18 yaş ve üzeri bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel tipte yapıldı. Veriler 219 kişiden Kişisel Bilgi Formu ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı- 32 ölçeği ile toplandı. İstatistik anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %55,7'si kadın, %44,3'ü erkektir ve yaş ortalaması $41,86 \pm 12,17$ yıldır. Araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı 32,29 (Min=5,73-Max=50,00) indeks puanı ile sorunlu-sınırlı düzeyde bulundu. Bireylerin %32,5'i yetersiz, %20,5'i sorunlu-sınırdaki, %30,1'i yeterli ve %16,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu tespit edildi. Araştırmamızda bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edildi ($p<0,05$). Bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık okuryazarlığı ölçek puanı ve spor aletlerini bilinçli kullanan bireylerin yüzdesi yükselmektedir. Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin artırılması sonucunda bilinçli spor aleti kullanımı yüzdesinin yükseleceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Okuryazarlığı, Halka Açık Spor Alanları, Spor Aleti, Eğitim düzeyi

İNGİLİZCE ÖZET

DETERMINATION OF HEALTH LITERACY LEVELS OF PERSONS USING SPORT INSTRUMENTS IN PUBLIC PARKS IN KAHRAMANMARAŞ

The research was done in a cross-sectional type to determine the health literacy levels of individuals aged 18 and over who use sports equipment in public parks in the Central Districts of Kahramanmaraş province. The data was collected from 219 people on a personal data form and Turkey Health Literacy - 32 scale. The statistical significance level was set at 0.05. 55,7% of the participants were female and 44.3% were male and the average age was 41.86 ± 12.17 years. The health literacy of the individuals involved in the study was found to be problematic-limited, with an index score of 32.29 (Min=5.73-Max=50,00). Of the individuals, 32,5% were found to be inadequate, 20,5% to be problematic-borderline, 30.1% to be adequate and 16.9% to be in excellent health literacy. Our study found a positive correlation between the level of health literacy and educational attainment of individuals ($p<0.05$). As individuals' educational attainment increases, their health literacy scale score and the percentage of individuals who use sports equipment consciously increases. It is thought that as a result of increasing the health literacy levels of individuals, the percentage of informed sporting instrument use will rise.

Keywords: Health Literacy, Public Sports Fields, Sports Equipment, Level of Education

1.GİRİŞ

Sağlık, hem tanım hem de gerçekleşme yolu ile doğal bir canlılık yüzüdür. Eski Hintliler, yüzlerce yıl süren güçlü, sağlıklı, mutlu ve yaratıcı yaşamın sırrı olan “jivem shardah shatam” (doğa ile yaşam tarzının ve yaşamın ruhsal mirasının toplam uyumu)’na bağladılar (Kumar,2017). Yaşam tarzı, sağlıklı kalmada önemli bir rol oynar. Genel sağlık, vücudumuza yerleştirdiğimiz şeydir, fiziksel zindeliğimizi korumak için sıkı ve tutarlı bir şekilde çalışırız (World Health Organization, 2018).

Ancak fiziksel uygunluk, her şeyden çok vücudumuzu hastalık ve hastalıklardan korumamıza yardımcı olur, gelecekte güçlü ve sağlıklı olmamızı sağlar. Sağlıklı bir yaşam, etkili bir spor rutini, şu andaki sağlığınız ve yaşam tarzınızla birlikte çalışılan egzersizleri içerir (Cavill ve ark., 2006). Halen oturuyorsanız, çok yavaş bir spor rutinine başlayın, günlük programınızda az miktarda egzersiz yapın, gücünüzü ve kondisyonunuzu artırırken vücudunuzun tüm alanlarını olumlu yönde etkileyecek harika bir egzersiz olacaktır. Spora yeni başlayanlar tarafından kolayca çözülebilir. Her gün biraz yürümeye başlayın, güçlü hissettiğiniz gibi hızınızı ve mesafenizi artırın (Jakobsson ve Isaksson, 2019).

Sosyolojide, yaşam tarzı bir insanın hayatıdır. Sedanter yaşam tarzı, yaygın hastalıklarda büyük bir risk faktörüdür. Psikotik yaşam tarzı, herhangi bir ya da düzensiz fiziksel aktiviteye sahip bir yaşam tarzı türünü belirtmek için kullanılan tıbbi bir terimdir. Oturma aktiviteleri olarak bilinen oturmak, okumak, televizyon izlemek ve bilgisayarları uzun bir süre kullanmak gibi eylemlerde çok az fiziksel aktivite vardır. Yerleşik bir yaşam tarzı, önlenebilir birçok hastalığa neden olabilir (Can, 2019).

Kusursuz bir yaşam tarzı, bir insanın genellikle sağlıklı bir yaşam olarak kabul edilen yeterli fiziksel aktivite ile meşgul olmadığı bir yaşam tarzıdır. TV, bilgisayar ekranı veya benzeri bir şey olsun, uzun süreli oturma dönemleri ve hareketsiz yaşam tarzı insanlar fiziksel aktiviteyi görmezden gelir ve nadiren herhangi bir fiziksel stres gerektiren aktivitelere katılırlar (Nahas, 2003). Yeni bir çalışmaya göre, yerleşik yaşam tarzı sağlığınız için sigara içmekten daha tehlikeli olabilir. Sedanter yaşam tarzının dünyadaki bir insan üzerindeki etkileri üzerine birçok araştırma yapılmıştır. Bu araştırmaların bulguları şöyle sıralanabilir: hareketsiz yaşam tarzının temel etkisi pantolonunuzun bedeninde görülebilir. Çok fazla kalori yediğiniz ve bunların hiçbirini yakmadığınız için, bu kaloriler vücudunuzda fazladan yağ olarak depolanır, bu sadece sorunların başlangıcıdır (Can, 2019).

Sağlıklı bir yaşam için, kalbiniz kan damarlarından (koroner arterler) uygun kan almalıdır. Yerleşik bir yaşam biçiminde, lider kan dolaşımı yavaşlayabilir, sertleşebilir ve kan damarlarınızı tıkayabilir. Barbara'ya göre ağır vakalarda, arteriyoskleroz ve kalp durmasına neden olabilir. Bir araştırmaya göre, Orta Çağımızdaki fiziksel aktivite eksikliği nedeniyle, kalp hastalığından ölüm riski erkekler için yüzde 52, kadınlar için yüzde 28 olabileceği tespit edilmiştir (Barbara ve ark., 1985). Düzenli egzersiz, kan şekeri seviyesini kontrol etmeye yardımcı olur. Duke Üniversitesi Tıp Merkezi'nde yapılan araştırmalara göre, yoğun egzersiz vücudun kan şekeri seviyelerini kontrol etme yeteneğini önemli ölçüde artırabilir (Dunton ve ark.,2008).

Egzersiz yetersizliğinden dolayı, kan şekeri seviyeleri artmıştır, bu da pankreasınıza baskı uygular (bu, insülin hormonunun içeriğini gizler). Bu tip 2 diyabet olasılığını artırır. Azalan aktivite, meme kanseri, kolon kanseri ve diğer öldürücü tümör türleri gibi belirli kanser türlerinin gelişme riskini artırır. Hong Kong Üniversitesi tarafından yapılan bir araştırmaya göre, fiziksel hareketsizlik erkekler için% 45, kadınlarda% 28 olabilir. Uzun süreli hareketsizlik, kemiklerin güçlerini kaybetmelerine neden olur. Kemiklerin kırılabilir ve zayıf olmasına neden olan artrit ve osteoporoz, inaktif yaşam tarzlarına sokulabilir. Kaslarınız, aracın çalıştığından emin olmak için araç aküsü gibidir, düzenli olarak çalıştırılması gerekir. Daha

hareketsiz bir yaşam tarzında, daha az kas aktivitesi olduğu için kas tonusu günden güne zayıflar (Kumar, 2017).

Düzenli fiziksel aktivitenin kalp hastalığı, diyabet, yüksek tansiyon, kolon kanseri, depresyon / anksiyete ve ağırlık duygularını azaltarak ve sağlıklı kemikler, kaslar ve eklemler inşa ve muhafaza ederken morbidite ve mortaliteyi azalttığı gösterilmiştir. Hareketsiz işler ve motorlu taşıtlara olan bağımlılığın artması, boş zamanlarda değerlendiren fiziksel aktivitelerin önemini arttırmaktadır (Tucker ve ark., 2009). Boş zamanlar için fiziksel aktivite, düşük maliyetli veya ücretsiz olarak vatandaşlar için genellikle erişilebilir olan yerel parklar gibi çeşitli topluluk ortamlarında gerçekleştirilebilir (Cavill ve ark., 2006).

Geleneksel olarak, hastalıkları önleme konusundaki araştırmalar, bireylerin davranış değişikliğini etkilemesini hedeflemiştir. Fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için tipik yaklaşımlar arasında beden eğitimi ve sağlık derslerinde müfredat değişikliği, çeşitli ortamlarda bire bir ve grup danışma oturumları, tanıtım materyallerinin sağlanması, gösterimler ve kendi kendini izleme yer almaktadır. Bu yaklaşımların tümü, bireylerin teorik olarak kontrol sahibi oldukları davranışların değiştirilmesine odaklanır. Bu tür yaklaşımlar tek başlarına fiziksel aktivitenin artırılmasında yeterli yol açmadığı için, çevresel yaklaşımları da içeren müdahaleler çağrısı olmuştur (Cavill ve ark., 2006).

Bu tez çalışmasında park ve rekreasyon alanlarda fiziksel aktivite ile halk sağlığını etkileyen yönlerini araştırmak ve park kullanıcıların elde edilen fayda veya zararı ortaya koyarak anlamlı bir sonuç ortaya çıkartmaktır. Çalışmada ilk olarak sağlık ve hastalık kavramlarına değinilmiştir. Ardından sağlık ve hastalık belirleyicilerine değinilmiş ve sağlık ile spor arasındaki ilişki incelenmiştir. Spor aktivitelerin sağlıklı yaşamda önemi ve sağlıklı bir yaşam tarzı üzerinde durulmuştur. Akabinde spor aktivitelerin en düşük maliyet ile yapılabildiği halka açık parklardaki spor aletleri hakkında bilgi verilmiştir. Bu spor aletlerinin kullanımında sağlık okuryazarlığının önemi ve sağlık okuryazarlığının gerekliliği üzerinde durulmuştur.

Çalışmada sağlık okuryazarlığı ile birlikte fiziksel sağlık okuryazarlığına değinilerek konu ile ilgili literatür araştırmasına değinilmiştir. Ardından çalışmanın tipi, veri toplama yöntemi ve kullanılan ölçek ile ilgili bilgilendirmelere yer verilmiştir. Sonrasında elde edilen verilerin bulguları değerlendirilmiş ve sonuç bölümünde analizde elde edilen sonuçların tartışma kısmı ile sonuçlandırılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Dünyanın her yerinde hızlı bir şekilde değişen sosyal ve ekonomik yapının yanında sağlık sorunlarını da aynı ölçüde arttırmıştır. Yaşadığımız dönemde toplumun sağlığını önemli ölçüde etkileyen başlıca hastalıklar; kanser, bulaşıcı hastalıklar, obezite, ruhsal bozukluklar gibi hastalık türleridir (Başol ve Işık, 2015). Hastalıklar ile birlikte hastalıktan korunma yolları ve hastalıkların tedavi yöntemleri de değişmektedir.

2.1. Sağlık ve Hastalık

Sağlık kavramı ilk olarak sadece tıp alanı olarak değerlendirilen bir bilim dalı olarak görülmüştür. Uzun yıllar tıp alanı dışında diğer bilim dallarının uzak durduğu sağlık ve hastalık konularının günümüzde disiplinler arası çalışmalar başta olmak üzere sosyal bilimlerde çalışma alanına dahil olmuştur (Başol ve Işık, 2015). Sağlık ve hastalığı sadece biyomedikal model ile incelemeler zamanla eleştirilmiş ve bu kavramların sosyo ekonomik boyutları da dikkate alınmaya başlanmıştır.

Sağlık insan mutluluğu için oldukça önemli ve öncelikli bir etmendir. Sağlıklı olma halinin varlığından ziyade yokluğu, bireyler tarafından daha çok hissedilir (Başol ve Işık, 2015). En yaygın kabul gören sağlık tanımı, 1946'da Dünya Sağlık Örgütü Anayasasına (WHO) Girişim'de belirtilmiştir. DSÖ, sağlığı; zihinsel ve sosyal açıdan iyi bir durum hali olarak tanımlar ve sağlık kavramını bütünsel olarak kabul etmektedir (WHO, 1946). Bu tanım zihinsel ve sosyal boyutları içerir ve odağı bireysel fiziksel yeteneklerin veya işlev bozukluğunun ötesine taşır. Daha da geniş bir ifadeyle, Aborijin ve Torres Boğazı Adalı halkı, sağlığı “bireyin yalnızca fiziksel refahı olarak değil, tüm toplumun sosyal, duygusal ve kültürel refahı” olarak görür (Ulusal Aborjin Sağlık Stratejisi Çalışma Grubu, 1989).

Bu sağlık görüşü yaşam boyu yaklaşımı benimser ve döngüsel yaşam-ölüm-yaşam kavramını içerebilir. Hem fiziksel hem de zihinsel boyutları ve genetik,

kültürel, sosyoekonomik ve çevresel belirleyicileri içeren bu geniş sağlık ve işlevsellik görüşü aşağıdaki kavramlara dayanmaktadır(Anderson ve Durstine, 2019):

- Sağlık, insanların nasıl hissettiğini ve nasıl işlediğini iyi hissetmenin önemli bir parçasıdır
- Sağlık, sosyal ve ekonomik refah için katkıda bulunur
- Sağlık sadece hastalık veya yaralanma olmaması değildir ve sağlık durumları iyi derecededir.
- Sağlığı yönetmek, iyi sağlığı teşvik edebilmeyi, riskleri tanımlamayı ve yönetmeyi ve hastalığı önleyebilmeyi içerir
- Hastalık süreçleri kendilerini semptomlarla göstermeden önce uzun yıllar boyunca gelişebilir.

Hastalık Kavramı; sağlık kavramıyla hastalık kavramı daima çağrışım yapar, bu nedenle hastalığı da tanımlamak gerekir. Hastalık, sadece doku ve hücrelerde yapısal ve fonksiyonel olarak anormal değişikliklerin yarattığı bir durum değildir. Çünkü hastalık yalnız biyolojik bir süreç olarak kabul edilmemektedir. Aynı zamanda sosyal ve kültürel bir olgudur. Bir toplumda hastalık sayılan bir durum, diğer bir toplumda hastalık sayılmayabilir (Bernard, 2009).

Değişik kültürlerde bireyin hasta olarak kabul edilmesi, bazı ölçülere göre değerlendirilir. Örneğin; bireyin kendisinden beklenen işi yapıp yapmaması, hastalığın o toplumda yaygın olması gibi ölçütler vardır. Bugünkü bilgilerimize göre hastalık nedenleri, bireysel ve çevresel nedenler olarak gruplandırılmaktadır (WHO, 2012). Bernard ilk olarak insanın çevresinden ayrı düşünülmemeyeceğini belirtmiş, ikinci olarak "iç ortam" kavramını tanımlamış, üçüncü olarak "hastalığın hem iç ortamdaki dengenin bozulması, hem de iç ortam ile dış ortam arasındaki ilişkinin bozulmasından kaynaklandığını" ve dördüncü olarak da "hastalığın sadece bu dengenin bozulması olmayıp, bazı adaptasyon mekanizmaları ile bozulan bu dengenin düzeltilmesi çabası" olduğunu belirtmiştir (Bernard, 2009).

2.1.1. Sağlık ve Hastalık Kavramlarına Bakış

Yakın zamana kadar sağlık; "hastalığın ve sakatlığın olmayışı", hastalık da "sağlıklı olmama" gibi dar bir çerçeve içinde tanımlanıyordu. Bu görüş bireyi etkileyen ruhsal ve sosyal faktörleri önemsemiyordu. Oysaki sağlık çeşitli faktörler tarafından etkilenir. Bu faktörler; sosyal, kültürel, ekonomik, fizik ve biyolojik olarak gruplanabilir. Sağlık değişik otoriteler tarafından farklı biçimlerde tanımlanmıştır (U.S. Department of Health And Human Service, 2010). Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı "sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve mental yönden tam bir iyilik halidir" biçiminde tanımlamaktadır (Somunoğlu, 1999).

Bu tanım kapsamlı gibi görünse de düşük ekonomik durumda olan ülke insanına yanıt verememektedir. Ayrıca bu tanımdaki "iyilik hali" tam olarak ne anlama geldiği ve iyilik halinin dereceleri var mıdır sorularını akla getirmektedir (Sixt ve ark., 2010). Sağlık kavramını subjektif ve objektif olarak ikiye ayırıp irdelemek, bu sorulara yanıt olabilir. Subjektif olarak sağlık; bireyin kendisinin, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendisini hasta ya da hasta olduğu halde kendisini sağlıklı algılayabilir (Esenay, 2017).

Bu nedenle hemşire hastanın subjektif olarak sağlık algılayışını bilmelidir. Objektif olarak sağlık; doktor muayenesi ve tanı testleri sonuçlarına göre belirlenen hastalığın olmamasıdır. Bu durumda bir kişiye sağlıklı diyebilmek için, hem bireyin kendini subjektif olarak sağlıklı algılaması hem de objektif olarak gerçekten sağlıklı olması halidir. Sağlıklı yaşam her bireyin temel hakkıdır (U.S. Department of Health And Human Service, 2000). Ülkemizde sağlık hakkı ilk kez 1961 Anayasası'nda yer almıştır. 1982 Anayasası'nda da herkesin yaşama, maddi, manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğu belirtilmiştir (Torun, 2015).

İnsanın organizması iç ortamın devamlılığını sağlamak için, bütün organları ile tam uyum içinde çalışmaktadır. Bu çalışma fizyolojik dengenin devamlılığını sürdürmeye yönelik bir çalışmadır. Oysa bireyin psikolojik durumu da fizyolojik dengeyi etkilemektedir. İnsan organizmasının iç ortamın devamlılığını sağlanması

için, psikolojik ve fizyolojik dengenin bir arada bulunması gereklidir (Dishman, 2004).

Hemşirelik bakımının temel amacı, iç ortamın devamlılığını korunarak, sağlıklı durumun sürdürülmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzelmesine yardımcı olmaktır. İnsanların yaşamlarını sağlıklı olarak sürdürebilmeleri için, karşılanması gereken temel gereksinimleri vardır. Hasta birey, bu gereksinimlerin bazılarını kendi kendine karşılayamayacak durumda olan bireydir. Hemşire hasta bakımında, hastanın karşılayamadığı gereksinimleri karşılamada ve hastanın gereksinimlerini kendi kendine karşılayabilir hale gelmesinde yardımcı olarak, iyileşme sürecine katkıda bulunur (Başol ve Işık, 2015):

Özetle diyebiliriz ki; hastalık durumunu da yalnız bir hastalığın rahatsızlığın olması ile açıklanamaz. Hastalık anormal bir durum olup, bireyin fiziksel, emosyonel, entellektüel, sosyal ve ruhsal fonksiyonlarını daha önceki haline göre azaltır ya da tüketir (Aykaç, 2013). Hastalık bireyin;

- Çevresi ile uyumunu
- Etkileşimini
- Üretkenliğini
- Verimliliğini
- Kendi içindeki denge durumlarını bozar (Turner ve Bryan, 1990).

Hastalık da sağlık gibi çok boyutlu bir kavramdır. İnsandaki yaşam dengelerini tümü ile değiştirebilir. Uzun yıllar sağlık ve hastalık, "fiziksel rahatsızlık" ya da "iyi oluş hali" olarak algılandı. Geleneksel hastalık kuramlarına baktığımızda, insanın bir bütün olarak ele alınmadığını, sadece hasta olan organına ve hastalığına yoğunlaştığını görüyoruz (Schmitt ve ark., 2009). Örneğin; Descartes (dekart), insanı bir makine, hastalığı da bu makinenin bir bölümündeki bozukluk olarak ele almıştır (Başol ve Işık, 2015).

Diğer bir görüş ise, "Hastalık, sadece tek bir organ ya da sistemi etkiler, beden ile akıl arasında hiçbir etkileşim yoktur". Bu görüşe göre zihin felsefenin,

beden ise tıbbın ilgi alanına girer. Böylece bireyi etkileyen sosyal ve ruhsal baskılar, gözden kaçırılmış oldu. İlk defa Hipokrat; etkileşim kuramı ile akıl ile bedenin birbirini etkilediğini savunmuştur. Hipokrat'ın bu görüşü, geleneksel kuramların yetersizliğini ortaya koymuş ve yeni kuramların gelişmesine neden olmuştur (Bernard, 2009).

Daha sonra 1926 yılında Kuzey Afrikalı J.Christian Smits "holistik" kavramını ortaya atmıştır. Holistik görüş felsefi bir anlam taşır ve "bütüncül görüş" anlamına gelir. Günümüzde "bütüncül sağlık" görüşü; tüm insanlara kendi çevreleri içinde yaklaşım gösterilmesini öngörür ve bireyin fiziksel, mental, ruhsal, sosyal bir varlık olduğunu ve her bireyin diğerlerinden ayrı bir nitelik taşıdığını kabul eder. Çağdaş kuramcılar arasında, Bernard, Cannon, Selye, Herold Wolf ve Steward Wolf sayılabilir (WHO, 2013).

Çağdaş görüşe göre birey bir bütündür; çeşitli organlar arasında, akıl ile beden, insan ve çevresi arasında etkileşim ve ilişki vardır. Bu görüş hastalığın kendisi ile birlikte, bireyin hastalığa karşı tepkisini de ele almaktır (Shepherd, 2003). Görüldüğü gibi, bir kişinin sadece var olan sorununu görmek, onun çözümü ile uğraşmak yeterli değildir. Soruna köklü çözüm getirebilmek için, bu sorunun nereden kaynaklandığını araştırıp bulmak önemlidir. Çünkü ilgi alanımız insandır. Bir insanın, parçalar halinde değil, çevresiyle bir bütün olarak ele alınması gerekir. Bu nedenle, hemşire sağlığın korunmasında ve tedavi hizmetlerinde hemşirelik bakım planını, bütüncül yaklaşım kavramı çerçevesi içinde ele alıp gerçekleştirmelidir (Bernard, 2009).

2.1.2.Sağlık ve Hastalıkların Belirleyicileri

Sağlık durumunu etkileyen sosyal, ekolojik, politik, ticari ve kültürel faktörler yelpazesi sağlığın belirleyicileri olarak bilinir (Gochman, 1997). Bunlar genellikle bir kişinin mevcut sağlık durumuna ve iyi sağlığı sürdürme veya hasta olma veya yaralanma şanslarına katkıda bulunan karmaşık ve birbiriyle ilişkili faktörlerdir. Koşullar uluslararası, yerel ve yerel düzeyde para, güç ve kaynakların dağılımı ile şekillenir. Sağlığın belirleyicileri zaman zaman "sebeplerin nedenleri" olarak adlandırılır, çünkü sağlığın sadece bireysel davranışlar veya riske maruz kalmamaları

değil, aynı zamanda sosyal, ekolojik, ekonomik ve kültürel yapıların etrafındaki nüfus gruplarının sağlığını nasıl şekillendirdiğidir (Kumar, 2017).

Dünya büyük ölçüde, yaşadığımız yer, çevremizin durumu, genetik, gelir, eğitim ve arkadaşlarımızla ve ailenizle olan ilişkilerimizin tümü sağlık üzerindeki önemli etkileri paylaşırken; Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım sıklığı genellikle daha az bir etkiye sahiptir. Sağlığın sosyal belirleyicileri, insanların doğdukları, büyüdükleri, yaşadıkları, çalıştıkları ve yaşlandıkları, çok çeşitli sağlık, işleyiş ve yaşam kalitesini ve risklerini etkileyen bir sistemdir (Commission on the Social Determinants of Health, 2007).

Bu güçler ve sistemler, günlük yaşam koşullarını şekillendirir ve sağlık eşitsizliklerinden sorumludur. Ülkeler içinde ve arasında görülen sağlık durumundaki adaletsiz ve kaçınılmaz farklılıklar, sağlık eşitsizlikleri sadece kaynakların eşit olmayan biçimde dağılmasıyla değil aynı zamanda sosyal izolasyonu, yaşam koşulları ve seçimleri üzerindeki kontrol duygusunu da içerebilir. İnsanların, yaşamları, işleri, konut ve çevre ile yaşam kalitesini artıran diğer kaynaklar üzerinde belirli bir kontrol seviyesine sahip olduklarını hissetmeleri gerekir, çünkü bunlar nüfus sağlığı sonuçları üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (WHO, 2007).

Tablo 2.1: Sağlık Sınıflandırması Çalışmalarının Belirleyicileri: Davranışsal Belirleyiciler

1. Risk ve / veya koruyucu davranışlar	2. Sağlık sorunlarına verilen cevaplar
• Alkol kullanımı	• Bakım arayışı
• Emzirme	• Tıbbi tedaviye uyum
• Diyet	• Sağlık hizmeti kullanım davranışları
• Diyet takviyesi kullanımı	• Ağrı davranışları
• Hijyen	• Hastalığa cevap
• Yasadışı uyuşturucu kullanımı	
• Bağışıklama	
• Ağız sağlığı davranışları	
• Farmasötik kullanım	
• Fiziksel aktivite	
• Koruyucu kıyafet kullanımı	
• Tarama davranışları	
• Emniyet kemeri kullanımı	
• Cinsel aktivite	
• Güneşe maruz kalma koruyucu davranışları	
• Tütün kullanımı	

Kaynak: (Kumar, 2017; Saka ve Günay, 2019)

Tablo2.2: Sağlık Sınıflandırması Çalışmalarının Belirleyicileri: Biyolojik Belirleyiciler

1. Genetik	2. Vücut yapısı	3. Vücut işleyişi
• Tek gen	• Yükseklik	• Kan basıncı
• Kromozomal	• Ağırlık	• Beslenme durumu
• Çok faktörlü	• Bel-kalça oranı	• Biyokimyasal fonksiyon
• Mitokondriyal DNA bağlantılı	• Kemik yoğunluğu	• Duyusal işlev
		• Hareket ve denge
		• Güç ve sağlamlık
		• Fitness

Kaynak: (Kumar, 2017; Saka ve Günay, 2019)

Tablo 2.3: Sağlık Sınıflandırması Çalışmalarının Belirleyicileri: (Fiziksel) Çevre Belirleyicileri

1.Su kalitesi	2.Hava kalitesi	3.İklim ve coğrafya	4.Yapılı çevre	5.Gıda güvenliği	6.Arazi ve toprak kalitesi
• İçme suyu kalitesi	• Ortam havası kalitesi	• Güneş radyasyonu	• Taşımacılık [örneğin trafik kazaları]	• Bulaşma	• Bulaşma
• Rekreatyonel su kalitesi	• İç hava kalitesi	• Sıcaklık	• Açık alan	• Kalite	• Tarım ilacı
• Geri dönüşümlü su kalitesi		• Yağış	• Gürültü, ses		
		• Ateş	• Biyolojik tehlikeler		
		• Şiddetli hava olayları	• Maddi tehlikeler [örneğin, asbest, kurşun]		
		• Tuzluluk	• Konut kalitesi		
		• Deniz seviyesi yükselmesi	• Kimyasal tehlikeler		
			• Radyolojik tehlikeler		
			• Elektromanyetik tehlikeler		

Kaynak: (Kumar, 2017; Saka ve Günay, 2019)

Tablo 2.4: Sağlık Sınıflandırması Çalışmalarının Belirleyicileri: Sosyo- Ekonomik Belirleyiciler

1. Sosyal	2. Ekonomik
• Tutumlar (onları tutan)	• Eğitim
• Topluluk katılımı, sivil katılım, sosyal sermayenin köprülenmesi	• Çalışma durumu
• Kültür	• Finansal kaynaklar
• Etnik köken	• Konut kullanılabilirliği
• Cinsiyet	• Endüstri
• Sağlık bilisi	• Okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı
• Dil	• Yaşam standartı
• Dini inanç veya maneviyat	• Meslek
• Emniyet ve güvenlik	• Hizmetler, sistemler ve politikalar (sağlık hizmetleri, sistemler ve politikalar dahil)
• Sosyal sınıf / kast	
• Sosyal ve destek ağları Destek ve ilişkiler (kim sağlar?)	
• Güven	

Kaynak: (Kumar, 2017; Saka ve Günay, 2019)

2.1.3.Sağlık ve Hastalıkların Davranışsal Belirleyicileri

Tablo 2.5: Sağlık ve Hastalık Belirleyicileri: Davranışsal Belirleyiciler Alt Sınıflar

Üst seviye sınıf	Seviye 2 alt sınıflar	Seviye 3 alt sınıflar
Sağlığın davranış belirleyicileri	Risk ve / veya koruyucu davranışlar	Alkol kullanımı
		Emzirme
		Diyet
		Diyet takviyesi kullanımı
		Temizlik
		Yasadışı uyuşturucu kullanımı
		Aşılama
		Ağız sağlığı davranışları
		İlaç kullanımı
		Fiziksel aktivite
		Koruyucu kıyafet kullanımı
		Tarama davranışları
		Emniyet kemeri kullanımı
		Cinsel aktivite
		Güneşe maruz kalma koruyucu davranışları
		Tütün kullanımı
	Sağlık sorunlarına cevaplar	Bakım arayan
		Tıbbi tedaviye uyum
		Sağlık hizmeti kullanım davranışları
	Ağrı davranışları	
	Hastalığa cevap	

Kaynak: (Gochman, 1997; Kumar, 2017; WHO, 2007)

Risk ve / veya koruyucu davranışlar; sağlığı etkileme potansiyeli olan hem genel hem de özel davranışlardır. Sağlık risk davranışları, kendi başlarına sağlıklı ve sağlıklı kalmaya yönelik genel sağlıkla ilgili davranışların yanı sıra, özellikle tepkimeye girerek veya bunlara karşı korunmak için uygulanan davranışlarla birlikte

özel risklere, sakatlık ve yaralanmayı içeren hastalıklara ve / veya koşullara karşı koruyucu davranışlardır (Nahas ve ark., 2003). Örnekler arasında tütün kullanımını önleme, zindelik için fiziksel aktivite ve koruyucu giysi kullanımı sayılabilir. Bu davranışların birçoğu bir işyeri, okul veya yüzme havuzu gibi belirli ortamlarda uygulanabilir. Sağlıkla ilgili olmayan davranışlar sırasında da koruyucu davranışlar uygulanabilir. Örnek olarak araba kullanımı sırasında emniyet kemeri kullanımı verilebilir. Tarama ve bağışıklama da koruyucu davranışlar arasında oldukça önemlidir (Gochman, 1997).

Sağlık sorunlarına verilen cevaplar; hastalığa veya diğer sağlık sorunlarına cevap olarak sağlığın iyileştirilmesi veya sürdürülmesi için yürütülen çalışmalardır. Şüpheli bir teşhis sonucunda; bakım arayışı, özyönetim, tedavi rejimlerine bağlılık ve geleneksel tıp tedavileri sağlık sorununa cevap olarak verilebilir (Gochman, 1997 ve WHO, 2007).

2.1.4.Sağlıklı Yaşam ve Fiziksel Aktivite

Nahas ve ark. (2003) egzersiz davranışının belirleyicilerini iki kategoride sınıflandırır: 1) kolaylaştırıcılar (egzersiz katılımını teşvik eden belirleyicileri ifade eder) ve 2) engeller (egzersiz faaliyetlerine katılımı engelleyen veya kısıtlayan belirleyicileri ifade eder). Başka bir çalışmada, Furlong (1994) egzersiz davranışını etkileyen faktörleri iki ana kategoriye, yani çevresel ve kişisel özelliklere ayırmaktadır. Furlong (1994) çalışmasında, çevresel özellikleri, eş ve aile desteği, uygun zaman algılanması, tesislere erişim, akran etkisi, maliyet, iklim vb. İçeren egzersiz ve fiziksel aktivite ile ilişkili fiziksel ve sosyal çevresel faktörler olarak görmektedir.

Nahas ve ark. (2003), egzersiz davranışının performansını demografik ve biyolojik faktörler gibi çeşitli kişisel, kişilerarası ve çevresel faktörlerden etkilenebilecek karmaşık bir süreç olarak görür, psikolojik, bilişsel ve duygusal faktörler, davranışsal özellikler ve beceriler, sosyal ve kültürel faktörler, fiziksel çevre faktörleri, ve fiziksel aktivite özellikleri. Bu belirleyicilerin veya faktörlerin bazılarının sağlıkla ilgili bir dizi teoride yakalandığı ve önceki bölümde bahsedilen modellerin ele alındığı görülmüştür. Şimdi, davranış değişikliğinin basit bir süreç

olmadığı açıktır. Egzersiz davranışını etkileyen yukarıdaki faktörleri özetlemek için, bir kişi bunları birkaç ana kategoriye ayırabilir: (1) egzersize karşı tutum, (2) sosyal veya normatif etki, (3) kontrol algısı, (4) öz yeterlik, (5) motivasyon, (6) demografik faktörler, (7) kişilik özellikleri.

Halk arasında sağlıklı yaşam tarzı konusunda farkındalığı artırmak için sağlıklı yaşam tarzı ile ilgili birçok kampanya yapılmıştır. İnsanların sağlıklı bir yaşam tarzı uygulamalarını teşvik etmek için gösterilen tüm çabalara rağmen, bazıları hala verilen tavsiyelere uymuyor ve sağlıksız bir yaşam tarzı içinde yaşamaya devam ediyor. Eski yeme ve sosyal alışkanlıklarını terk etmek kolay değildir ama hiçbir şey imkansız değildir (Kumar ve ark., 2017).

İnsanların sağlıklı bir yaşam tarzı yaşamak için yapabilecekleri birçok yol vardır. Başlangıç olarak, sağlıklı bir yaşam tarzı yaşamamanın önemini farkında olmaları, yiyecek alımlarını takip etmeleri, yeterli egzersiz yapmaları ve streslerini doğru şekilde yönetmeyi öğrenmeleri gerekir (Rudd ve ark., 2007). Sağlıklı bir yaşam tarzını yaşamamanın birçok avantajı vardır. Avantajlarından biri, insanların kalp hastalığı, diyabet ve kanser gibi kronik hastalıklara yakalanmasının önlenmesine yardımcı olabileceğidir (Morris, 2017).

Herkes cinsiyetine, yaşına ve servetine bakmaksızın sağlıklı bir yaşam tarzı yapabilir. Sağlıklı bir yaşam tarzı uygulamak, insanların spor yapmak için pahalı spor salonu üyeliğine kaydolmalarını veya sadece pahalı organik yiyecekler yemelerini gerektirmez. Daha önce de belirtildiği gibi, toplumun sağlıklı bir yaşam tarzı yaşamasının temel anahtarı, ne yediklerinde ve içtiklerinde dengeyi bulmak, egzersiz yapmak veya diğer sağlıklı aktiviteler yapmaktır. Her ne kadar yeni bir yaşam tarzına bağlı kalmak zor gibi görünse de, rutine alıştıklarında bunu yapabileceklerini göreceklidir (Kumar, 2017).

İnsanlar daha uzun ve sağlıklı bir yaşam için sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmek zorundadır (Reese, 2016). Sağlıklı yaşam, formda olmalarını, enerjik olmalarını ve kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltmalarını sağlar. Sağlıklı yaşam için, dengeli ve sağlıklı bir yemek tüketmek, günlük egzersiz yapmak ve yeterli uyuma gibi çeşitli ipuçları vardır (Chia, 2017).

2.1.5. Kronik Hastalıklar ve Fiziksel Aktivite

Fiziksel hareketsizlik, artan kronik hastalık riski ile ilişkilidir. Ayrıca, literatür düşük morbidite ve mortalite oranlarının orta düzeyde fiziksel aktivite ve fiziksel uygunluğun korunması ile ilişkili olduğunu desteklemektedir. Destek verileri, günlük fiziksel aktivite içeren ve daha yüksek kardiyorespiratuar zindeliği olan yaşam tarzlarını takiben hastalık riskini azaltan rapor eden epidemiyolojik ve uzunlamasına çalışmalardan gelmektedir (Anderson, 2019).

Amerikan Spor Hekimliği Fakültesi ve Dünya Sağlık Örgütü gibi birçok ülke ve kuruluş, fiziksel aktivite ve egzersiz için bilime dayalı öneriler sunmak üzere fiziksel aktivite rehberleri yayınladı. Bu kurallar küçük çocuklar, gençler, yetişkinler, yaşlılar ve kronik hastalıkları olan kişiler içindir. Bu kurallar, kişiselleştirmeye olanak sağlamak için farklı fiziksel aktivite boyutları (mod, frekans, süre ve yoğunluk) ve etki alanlarını (boş zaman, ulaşım, meslek ve ev içi aktivite) dikkate alır. Farklı fiziksel aktivite alanları sağlığı etkilemektedir ve ayrı olarak düşünülmelidir (Stamatakis ve ark., 2017).

Örneğin, bir spor aktivite alanını artırmak (meslek etkinliği gibi), başka bir alanın (boş zaman etkinliği gibi) azalmasına neden olur ve hareketsiz zamanın genel olarak artmasına neden olabilir. Yerleşik zamanı ve uykuyu artırmak, sağlıksızlık ve erken ölümlerle ters orantılıdır. Fiziksel hareketsizlik prevalansı, fiziksel aktiviteyi karşılamak için yeterli günlük fiziksel aktivite gerçekleştirilmeyen bireylerin yüzdesi ve yetişkinler için haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik fiziksel aktivite veya yetişkinler için en az haftada en az 75 dakikalık şiddetli fiziksel aktivite egzersiz yönergeleridir. 5-17 yaş arası çocuklar için günlük 60 dakika orta ila şiddetli şiddette fiziksel aktivite. Son zamanlarda elde edilen bulgular, dünya genelinde fiziksel hareketsizlikte bir artış olduğunu göstermektedir. Fiziksel hareketsizlikteki bu artış, televizyon, bilgisayar, mobil cihaz ve video oyunlarının daha fazla kullanımı dahil olmak üzere teknoloji gelişmeleriyle ilişkilidir (Haskell ve ark., 2007).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 6-11 yaş arasındaki çocukların sadece% 42'si fiziksel aktivite kurallarına uygundur. Ergenlerin yaklaşık% 14'ü düzenli olarak fiziksel olarak aktif olmadıklarını bildirirken, 12-19 yaş grubunun sadece% 8'i

önerilen fiziksel aktivite düzeylerini karşılamaktadır. Bu bağlamda, yetişkinlerin% 30'u boş zamanlarında yeterince fiziksel aktivite ile meşgul olmadılar. Hareketsizlik prevalansı yaşla birlikte artar: genç yetişkinlerin% 25'i (18-44 yaş), orta yaşlı yetişkinlerin% 33'ü (45-64 yaş), yetişkinlerin% 36'sı (65-74 yaş) ve% 53'ü Yaşlılarda (≥ 75 yıl) aktif olmadığı bildirilmektedir düşük fiziksel aktivite düzeyleri zararlı ve hatta zararlı sonuçlara neden olmaktadır (Anderson, 2019).

Örneğin, eğer tip 2 diyabetik hastalar sedanter zamanlarını sadece 60 dakika / gün arttırırsa, ölüm riski% 13 artabilir. Bozulmuş dolaşım, osteoporoz, artrit ve / veya diğer iskelet sakatlıkları, kişisel benlik kavramının azalması, günlük yaşam için başkalarına daha fazla bağımlılık, normal sosyal etkileşimler için fırsat ve imkanların azalması ve genel yaşam kalitesinin düşmesi gibi fiziksel olarak aktif olmayan yaşam tarzı ile ilgili ek sorunlar ortaya çıkmaktadır (Anderson ve Durstine, 2019).

Durum	Risk azaltma	Semptom azaltma	Sonuç iyileştirme	Aktivite tipi
Alzheimer	+			A
Anksiyete	++	++	+++	A
Astım	+	+		A
Kronik kalp hastalıkları	+++	+++	++	A, E
Kalp krizi	+	++	++	S, A
Kanser				
Göğüs	++	+	++	A
Kolon	+++	++	++	A
Endometrium	+			A
Akciğer	+			A
Prostat	+	+	++	A
Depresyon	++	++	++	A
Tip II diyabet	+++	+++	+++	A, E
Hipertansiyon	++		+++	A, E
Uzun ömürlülük		+++	+++	A
Obezite	++	++	+++	E, A
Osteoartrit		+	+	S, A
Osteoporoz	++			S (W), A
Periferik damar hastalığı		+		A
Hamilelik		+	++	A
Sigara	+	++	++	A
Stres	++	++	++	A
Ülser	+			A

+ düşük etki, ++ orta etki, +++ yüksek etki,
A- orta düzey aktivite, E- enerji harcanması önemli, S- kuvvet egzersizleri, W- ağırlık kaldırma egzersizi

Şekil 1: Fiziksel Aktivite ile Bazı Sağlık Sorunlarının İlişkisi (Bulut, 2013)

Şekile göre sporun, kronik kalp hastalıkları, kolon kanseri ve tip2 diyabet hastalıklarında yüksek etki göstererek riski azalttığı, kronik kalp hastalıkları, tip2 diyabet, uzun ömürlülük de yüksek etki göstererek semptom azalttığı, anksiyete, tip2 diyabet, hipertansiyon, uzun ömürlülük, obezite gibi günümüzün en yaygın rahatsızlıklarına yüksek etki göstererek iyileştirme etkisi göstermektedir (Bulut, 2013).

Bu açılardan ele alındığında da spor, sağlık giderlerinin azalması, hastalıklar nedeniyle işgücü kaybının önlenmesi ve sağlıklı insanlardan oluşan mutlu ve barışçı bir toplum yaratılmasında yardımcı olmaktadır (Danacı, 2008).

2.2. Sağlık ve Spor Aktiviteleri

Tanımlar ve terimler “hastalığın önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite”, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve ABD İnsan Hizmetleri Dairesi. Fiziksel aktivitenin tanımı: “Fiziksel aktivite, enerji kullanımını dinlenme seviyelerinin ötesinde artıran tüm vücut hareketleri gibi tamamen fizyolojik olarak tanımlanır” (Anderson ve Durstine, 2019). Sağlık, Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre şöyle tanımlanmaktadır: “Tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumu ve yalnızca hastalık ya da halsizlik olmaması.” Fiziksel aktivite kendiliğinden gerçekleşebilir (boş zaman / iş / ulaşım) veya organize edilebilir ve amacına göre bölünebilir: Fiziksel egzersiz, öncelikle sağlığı ve fiziksel kapasiteyi geliştirmeyi amaçlar. Beden eğitimi öncelikle bireyin maksimum fiziksel kapasitesini ve performansını arttırmayı amaçlamaktadır (WHO, 2016).

Fiziksel hareketsizlik, enerji tüketimi dinlenme seviyelerine yaklaştığında, vücut hareketinin yokluğu olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite önerilerini karşılamayan kişiler fiziksel olarak inaktif sayılır ve bazen “hareketsiz” olarak adlandırılır. Spor, yaşa, cinsiyete, hırs seviyesine, kiloya veya diğer gruplara göre düzenlenebilir. Spor aynı zamanda kendiliğinden de olabilir ve bireysel olarak veya bir takımın bir parçası olarak gerçekleştirilen, katılımcıların tanımlanmış bir hedefi olan yapılan egzersizlerin bir alt kümesi olarak tanımlanabilir (Abu-Omar ve Rütten, 2008).

Bir kişi kısa, yksek yoğunluklu egzersiz yaparak ve günün geri kalanında fiziksel olarak hareketsiz kalarak fiziksel aktivite için günlük nerileri karşılayabilir, böylece fiziksel aktivitenin “kutupsallaştırılmasını” yaratabilir: Yüksek miktarda hareketsiz zaman nedeniyle, normal yaşamda düşük enerji harcaması (Rieker ve ark., 2000). Fiziksel aktivitenin kutupsallaştırılması, fiziksel aktivite için verilen nerileri yerine getirmesine rağmen, sağlıksızlığın artmasına neden olabilir (WHO, 2017). Hayatımızın çoğunda, enerji harcaması normal günlük yaşamda, planlanan fiziksel aktivitenin daha önemli olduğu çocuklar ve yaşlılar dışında, spor, beden eğitimi ve egzersizden daha fazladır (Rieker ve ark., 2000).

2.2.1.Sağlığın Korunmasında Spor Aktivitelerinin Yeri

Sporun temel amacı, fiziksel aktiviteyi teşvik etmek ve sağlık, performans ve psikososyal gelişim için motor becerilerini geliştirmek. Katılımcılar aynı zamanda bir topluluğun parçası olma, yeni sosyal çevreler geliştirme ve sosyal normlar ve tutumlar oluşturma şansını da kazanırlar. Sağlıklı bireylerde ve zihinsel hastalığı olan hastalarda, spor katılımının bireylere anlam, kimlik ve aidiyet duygusu sağladığı gösterilmiştir. Spor hareketinin var olup olmadığı, fiziksel aktivite içeren eğitim ve rekabet olacaktır (Tucker ve Gilliland, 2007).

Sporun, fiziksel aktivitenin sağlığa faydalarına ek olarak, katma değerleri de ilgi çekici. Bazıları sağlık gelişiminin spordan gelebileceğinin şüpheli olduğunu veya en azından doğrulanmadığını iddia ederken, diğerleri sağlıklı sporun sağlıktan başka bir şey olduğuna inanıyor. Spor bağlamında sağlık, öznel (rneğin, kendini iyi hissettiriyor), biyolojik (rneğin hasta olmamak), işlevsel (rneğin yapmak için) ve sosyal (rneğin işbirliği yapmak için) olarak tanımlanır (Holt, 2019). Genç insanlarda olumlu gelişme ortamının, ikincisi ölçülüp değerlendirilmeye dayandığı için, performans ortamından açıkça farklı olduğunu savundu. Bununla birlikte, belirli beceriler (hedef belirleme, liderlik vb.) bir spor ortamından diğer yaşam alanlarına aktarılabilir. Bu yetenekleri transfer etmenin en iyi yolu şu anda belirsizdir. Her ne pahasına olursa olsun kazanmak hedefi sağlık için zararlı olabilir. Bu özellikle çocuklar ve gençler için geçerlidir, çünkü seçkin sporlara erken katılım, yaralanma riskini arttırır, tek boyutlu fonksiyonel gelişimi teşvik eder, aşırı egzersizlere neden

olur, çarpık sosyal normlar yaratır, psikososyal rahatsızlıklara neden olur ve fiziksel ve psikolojik istismar riski vardır (Holt, 2019).

Bu nedenle, büyük öneme sahip olan, spora, erken yaşlarda başlayan sağlıklı performans geliştirme hedefidir. Yaşlı insanlar için, fiziksel aktiviteyi yürütmek için güçlü bir motive edici faktör spor kulübü üyeliğidir (Holt, 2019). Bir kimse bu bulguları, sporun yaşamın farklı evreleri arasındaki geçişinde faydasını belirterek özetleyebilir; gençlikten yetişkinliğe ve yetişkinlikten yaşlılığa. Burada spor, iyi bir fiziksel ve zihinsel sağlık için bir kaynak olabilir (Safeer ve Keenan, 2005).

2.2.2. Sağlık Durumuna Göre Spor Aktivite Tercihleri

Fiziksel aktivitenin halk sağlığı üzerindeki önemi, fiziksel aktivitenin ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ile ilgili olarak DSÖ'nün yürüttüğü çalışmalar için küresel görevler ve düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık için fiziksel aktivite ile ilgili ulusal kılavuzların sınırlı varlığı ve bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi için gereken sıklık, süre, yoğunluk, tür ve toplam fiziksel aktivite miktarı arasındaki bağlantıları ele alan küresel önerilerin geliştirilmesine duyulan ihtiyacı açıkça ortaya koymaktadır (WHO, 2010).

Küresel Sağlık Önerileri için Fiziksel Aktivite Konusunda odaklanılan nokta, nüfus düzeyinde fiziksel aktivite yoluyla önlenmesidir ve bu öneriler için öncelikli hedef kitle ulusal düzeyde politika yapıcılardır. Bu belgede ele alınmayan konular, klinik kontrol ve fiziksel aktivite ile hastalığın yönetimidir. Nüfus gruplarında fiziksel aktiviteyi teşvik etmek için müdahalelerin ve yaklaşımların nasıl geliştirileceğine dair rehberlik de benzer şekilde ele alınmamıştır. Aşağıdaki adımlar, DSÖ Sekreteriyasının Sağlık İçin Fiziksel Aktivite ile ilgili Küresel Tavsiyelerin hazırlanmasında üstlendiği süreci özetlemektedir:

1. Aşağıdaki sonuçlar için üç yaş grubu için mevcut olan bilimsel kanıtların gözden geçirilmesi ve derlenmesi: kanser, kardiyorespiratuvar, metabolik, kas-iskelet sistemi ve fonksiyonel sağlık.
2. Önerileri geliştirmek için bir sürecin oluşturulması.

3. Hem konu hem de politika geliştirme ve uygulama konularında uzmanlığa sahip küresel bir rehber grubun oluşturulması.
4. Sağlık için Fiziksel Aktivite ile ilgili Küresel Tavsiye Kararlarının son taslağını hazırlamak için kılavuz grubun toplantı ve elektronik danışmaları.
5. Önerilerin gözden geçirilmesi ve DSÖ Bölge Müdürlüklerine danışılması.
6. Tavsiyelerin kesinleşmesi, DSÖ Kılavuz İnceleme Komitesi tarafından onaylanması.
7. Tercüme, yayın ve dağıtım. Bu belgedeki tavsiyeler üç yaş grubuna yöneliktir: 5-17 yaş; 18-64 yaş arası; ve 65 yaş ve üstü. Her yaş grubuna odaklanan bir bölüm aşağıdakileri içerir:
 - Bilimsel kanıtların anlatı özeti;
 - Mevcut fiziksel aktivite önerileri;
 - Yapılan tavsiyelerin yorumlanması ve gerekçesi (Global Recommendations on Physical Activity for Health, 2010).

2.2.3.Spor Aktivitelerini Gerçekleştirirken Dikkat Edilmesi Gerekenler ve Sınırlılıklar

Tablo 2.6: Farklı Hedef Gruplar için Fiziksel Aktivite ile İlgili Tavsiyeler.

Hedef Kitle	Öneriler	Amaç
Çocuklar Ve Gençler 6-17 Yaş Aralığı	<p>Bütün çocuklara ve gençlere günlük fiziksel aktivite en az 60 dakika önerilir. Daha uzun iyidir.</p> <p>Fiziksel aktivite öncelikle aerobik yapıda olmalı ve yoğunluğu orta (kolay / orta puls artışı) yüksek (belirgin)nabız artışı).</p> <p>Haftada en az 3 kez yüksek yoğunlukta aerobik fiziksel aktivite.</p> <p>Kas güçlendirici fiziksel aktivite haftada 3 kez.</p> <p>Koşma ve zıplama gibi ağırlık taşıma aktivitesi kemik mineral yoğunluğu için pozitifdir.</p> <p>Fiziksel aktivite seviyesi kademeli olarak bireyin biyolojik ve psikososyal olgunlaşmasına adapte edilecektir.</p>	<p>Kas gelişimi ve iskelet ve sinir sistemi.</p> <p>Sağlıklı bir kiloyu ve iyi bir zihinsel sağlığı koruyun.</p> <p>Sosyal gelişim, entegrasyon, iyi özgüven ve özgüven.</p> <p>Gelişmiş öğrenme yeteneği.</p> <p>Öneriler evrensel, ancak hastalığı olan bireyler için özel tavsiyeler olabilir.</p>
Yetişkinler, 18-64 Yaş Aralığı	<p>18 yaş ve üstü tüm yetişkinlerin ılımlı bir yoğunlukta (orta nabız artışı) haftada en az 150 dakika veya şiddetli yoğunlukta (belirgin nabız artışı) haftada en az 75 dakika aerobik olarak fiziksel olarak aktif olmaları önerilir.</p> <p>Faaliyetler en az üç ayrı gün boyunca dağıtılmalıdır. Kas güçlendirici fiziksel aktivite haftada en az iki kez yapılmalıdır.</p>	<p>Aerobik çalışma kapasitesindeki ve kas gücündeki iyileşmeler.</p> <p>Öneriler evrensel, ancak hastalığı olan bireyler için özel öneriler olabilir.</p> <p>Aktiviteyi gerçekleştirmekten kazanılan karlar, bozuk metabolizma ve bazı kanser ve kemik kırıkları gibi düşük hastalık riskidir</p>
64 Yaş ve Üstü	<p>Yetişkinlerle aynı tavsiyeler.</p> <p>Mümkünse, kas güçlendirme egzersizleri yüksek hızda yapılmalıdır.</p> <p>Aerobik ve kas güçlendirme eğitiminden önce denge eğitimi verilmelidir.</p> <p>Engelli yeteneği olan bireyler mümkün olduğunca fazla egzersiz yapmalıdır.</p>	<p>Aerobik çalışma kapasitesindeki, kas gücündeki ve dengedeki gelişmeler.</p> <p>Öneriler evrensel, ancak hastalığı olan bireyler için özel öneriler olabilir.</p> <p>Egzersiz başlamadan önce tıbbi yardım gerekebilir. Yararları faaliyetin yürütülmesi yetişkinler için olduğu gibidir ve daha iyi fonksiyonel sağlık ve bağımsızlıktır.</p>

Kaynak: Jakobsson ve Isaksson, 2019

2.2.4.Spor Aktivite Tercihlerinde Sağlık Çalışanlarının Rolü

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve hükümetler ve meslek kuruluşları birçok ülkenin fiziksel aktiviteye katılımı teşvik etmek için politikalar ve yönergeler geliştirmiştir. Öngörülen egzersiz gibi yeterli fiziksel aktivite seviyesinin önleme için etkili bir müdahale olabileceğine dair önemli kanıtlar vardır. Birçok kronik sağlık durumu ve ruh sağlığının, yaşam kalitesinin ve iyiliğin iyileştirilmesi için tedavi gerektirmektedir (Zhou, 2019).

Her ne kadar genel olarak sağlıklı bireyler tarafından fiziksel aktiviteye katılım kendi kendine yönetilse de, yaşlı yetişkinler, engelli bireyler ve tedavilerinin bir parçası olarak egzersiz isteyen hastalar gibi özel ihtiyaçları veya bakımı olan kişiler için reçete edilen egzersizler için talepler vardır. Bir hastalık, yaralanma veya ameliyat için rehabilitasyon. Bu nedenle, sağlık sistemi ve toplumda özel olarak eğitilmiş egzersiz profesyonelleri için talep artmıştır (Zhou, 2019).

Bu taleplere cevap olarak, birçok ülkede profesyonel standartlar ve akreditasyon sistemleri geliştirilmiştir. Hizmetlerin gerekli olduğu hedef kitlelere göre, egzersiz profesyonelleri, 1) sağlıklı bireylere, sağlık ve zindeliğin teşviki ve egzersiz bilimcileri, kişisel spor eğitmenleri ve sosyal spor eğitmenleri gibi hastalıkların önlenmesi; 2) klinik egzersiz fizyologları ve rehabilitasyon terapistleri gibi kronik hastalıkları, ameliyat sonrası veya vücut fonksiyonlarının bozulmadığı kişiler; ve 3) atletik antrenörler ve spor bilimcileri gibi sporcular (Zhou, 2019). Bu egzersiz profesyonellerinin unvanları ve akreditasyon gereklilikleri, farklı ülkelerin / bölgelerin sağlık sisteminde değişiklik gösterebilir veya yapım aşamasındadır.

2.2.5. Spor Aktivitelerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Rehberlik şunları kapsar:

İlk yıllar (beş yaş altı): Fiziksel aktiviteye doğumdan itibaren, özellikle aktif oyun faaliyetleri yoluyla teşvik edilir; yardımsız yürüyebilenler, gün boyu yayılmış en az 180 dakika boyunca fiziksel olarak aktif olmalıdırlar.

Çocuklar ve gençler (beş-18 yaş): Herkes en az 60 dakika ve birkaç saate kadar günlük olarak orta ila sert fiziksel aktivite yapmalıdır. Kas ve kemiği

kuvvetlendirenler dahil kuvvetli yoğunluk aktiviteleri haftada en az üç gün içerisinde kullanılmalıdır.

Yetişkinler (19-64 yaş): Her biri günlük olarak aktif olmalı ve haftada 10 dakika veya daha fazla sürede, en az 150 dakika orta şiddette aktivite veya 75 dakika şiddetli aktivite (veya ılımlı ve yoğun aktivite) biriktirmelidir. Kas gücünü artırmak için aktivite haftada en az iki gün yapılmalıdır (Blake, 2016).

Daha yaşlı yetişkinler (65+ yaş): Haftada 10 dakika veya daha fazla olan toplamda en az 150 dakika orta şiddette aktivite biriktirerek günlük olarak aktif olmayı hedeflemelidir. Orta şiddette aktif olanlar için, hafta boyunca yayılan 75 dakikalık şiddetli şiddette aktivite veya orta şiddette ve şiddetli aktivitenin bir kombinasyonu ile karşılaştırılabilir faydalar elde edilebilir. Kas gücünü artırmak için aktivite haftada en az iki gün yapılmalıdır; Düşme riski taşıyanlar, haftada en az iki gün boyunca dengeyi ve koordinasyonu iyileştirmek için aktivite içermelidir (Blake, 2016).

2.3. Halka Açık Alanlarda Kullanılan Spor Aktivite Aletleri

Son yıllarda Türkiye’de sayıları gittikçe artan açık alan egzersiz parkları boş zaman, eğlence, dinlenme ve sportif faaliyet ilişkisini etkili bir şekilde ortaya koymakta ve sportif rekreasyon olarak ifade edilen etkinliklerin oluşmasına fırsat tanımaktadır (Şimşek ve ark., 2011). Chase (1996), sportif rekreasyonu “boş zaman etkinlikleri içerisinde, temeli fiziksel egzersize ya da çeşitli sportif faaliyetlerin rekreatif amaçlı uygulamalarına dayanan boş zaman etkinlikleri” olarak tanımlamaktadır.

2.3.1.Spor Aktivite Aletlerinin Sağlık İçin Yararları

İşlevsel alanlar içerisinde açık alan egzersiz parkları günlük yaşam içerisinde bireye birtakım olası yararlar sunmaktadır. Yapılan araştırmalar, açık alan egzersiz parklarında yapılan egzersizler sayesinde bireylerin psikolojik olarak rahatlama, yenilenme, stresten uzaklaşma ve sosyal ilişkileri değiştirme imkânı kazandığını göstermektedir (Dishman ve ark., 2000).

Açık alan egzersiz parklarında yapılan egzersizler, psikolojik faydalarının yanı sıra osteoporoz ve tip-2 diyabet gibi çeşitli hastalıklardan korunma yönünde de bireye katkı sağlar. İfade edilen sağlık yararlarının kazanılması düzenli gerçekleştirilen fiziksel etkinlikleri gerektirmektedir. Tavsiye edilen hedef her gün 30 dakika orta düzeydeki egzersizi içermektedir (Beer ve ark., 2010).

Çocuk ve gençlere haftada en azından 5 kez ve günde 1 saati içeren fiziksel etkinlik formları tavsiye edilmektedir. Haskell ve ark.'na (2007) göre 18-65 yaş arası sağlıklı bireyler için haftanın en az 5 günü ve en az 30 dakika orta şiddette ya da haftanın en az 3 günü ve en az 20 dakika yüksek şiddette aerobik fiziksel etkinlik sağlık yararı sağlamaktadır. Tüm bu yararların yanında açık alan egzersiz parklarının gerek ekonomik (ücretsiz olması nedeniyle) gerek çevresel gerek de birtakım sosyal faydalar sağladığı görülmektedir. Ancak bu yararların ortaya çıkışı açık alan egzersiz parklarının nitelikli bir şekilde tasarlanması ve parkları kullanan bireylerin egzersiz bilinçlerinin artırılması ile mümkün olacaktır (Hallal ve ark., 2012).

2.3.2. Spor Aktivite Aletlerinin Kullanımı Eesnasında Karşılaşılabilecek Sağlık Riskleri

Obeziteye karşı belediye parklarına yerleştirilen spor aletleri, hareket edilmesini sağlaması açısından faydalı olsa da yanlış kullanıldığında birçok zararı da olabilir, bilinçsiz kullanımının eklemlere zarar verebilir (Chinapaw ve ark., 2018).

Son yıllarda giderek kullanımı artan spor aletlerinin bilinçsiz kullanıldığında sağlığımız açısından büyük tehdit yarattığına dikkat çeken Ofluoğlu, Sağlıklı ve aktif bireylerde bile bir egzersiz uygulaması yapılırken kullanılan cihazın ergonomisi, kişinin boy-kilosuna uyumu, egzersiz sırasında eklemlerin kazandığı açılar, uygulanan direnç, ağırlık gibi parametreler büyük önem taşır (Dennison ve Sisson, 2016).

Yaşı ileri, spora yatkınlığı olmayan ve fiziksel bir rahatsızlığı bulunan kişilerde bu noktalar daha önemli hale gelir. Özellikle ısınmadan yapılan ani ağırlıklı hareketler, bireylerde ciddi sakatlıkların oluşmasına neden olabilir. Bel, boyun problemleri, omuz, diz ve kalça eklemi ile ilgili sıkıntısı olan bireylerin parklardaki egzersiz aletlerinden önemle kaçınması; sağlıklı bireylerin de muhakkak bilinçli bir

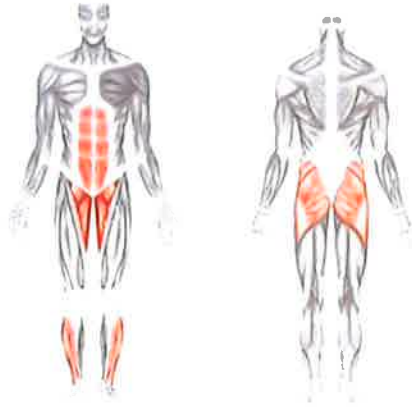
şekilde egzersiz yapmaları gerekir. Ayrıca egzersiz programlarının kişiye özel hazırlanması gerektiği de unutulmamalıdır (Dennison ve Sisson, 2016).

2.3.3.Spor Aktivite Aletlerinin Özellikleri

2.3.3.1. Mekik Aleti



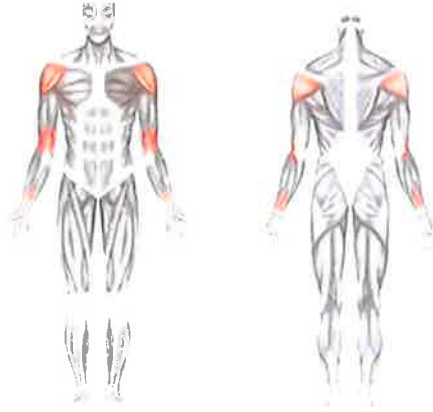
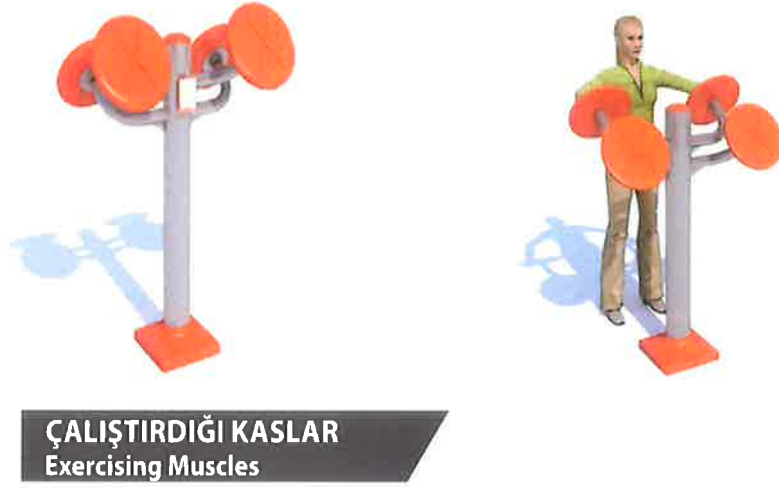
ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR
Exercising Muscles



Şekil 2: Mekik Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün bir fonksiyonda, tek kişinin spor yapabileceği vücudun mide ve karın bölgesinde yer alan ön ve arka kaslar ile beden bel ve sırt bölgesindeki eklem ve kasların esnetilmesini, bu bölgedeki omur, eklem ve kasların çalıştırılarak güçlendirilmesini, beden bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

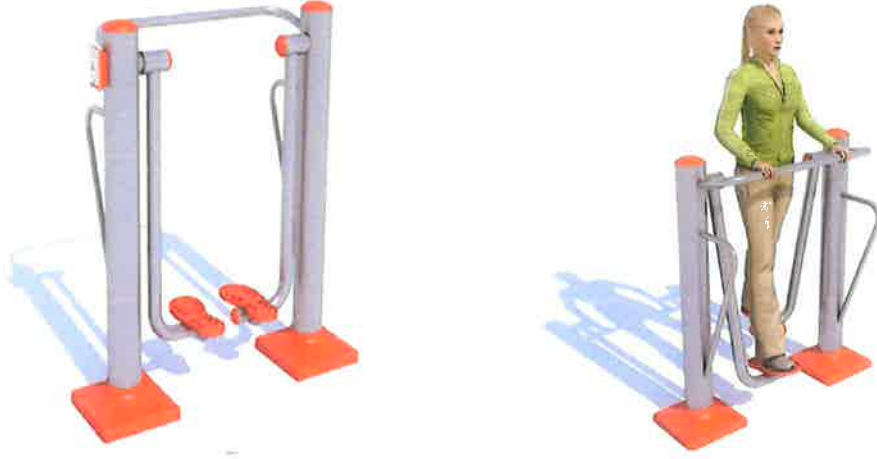
2.3.3.2. Kol Ve Bilek Çalıştırma Aleti



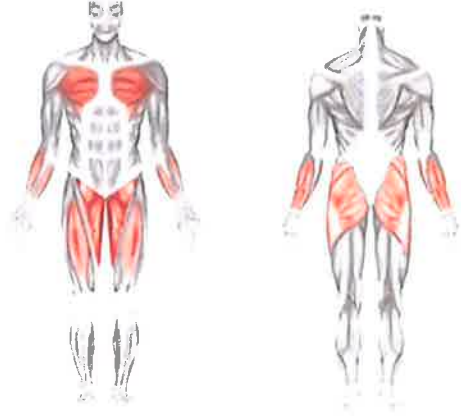
Şekil 3: Kol Ve Bilek Çalıştırma Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün tek fonksiyonda, iki kişinin spor yapabilecek şekilde tasarlanmıştır. özellikle kolların ve bileklerin yan bölgesinde yer alan ön ve arka kaslar ile omuzların birleşim bölgesindeki eklem ve kasların esnetilmesini, eklem ve kasların çalıştırılarak güçlendirilmesini, bedenin bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.3.3.Havada Yürüyüş Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR Exercising Muscles



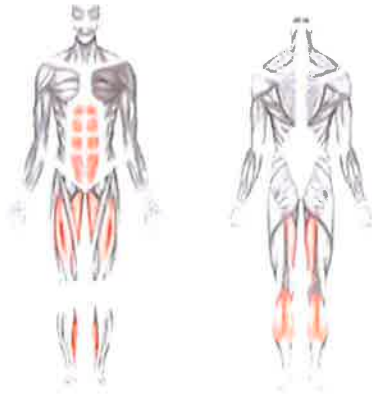
Şekil 4: Havada Yürüyüş Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün bir fonksiyonlu tek kişinin spor yapabileceği şekilde tasarlanmıştır. Özellikle bacakların yan ve alt bölgesinde yer alan ön ve arka kaslar ile beden bacak eklemler ve kaslarının çalıştırılarak güçlendirilmesini, el - kol ve bacak bölgelerinin ritmik koordineli çalıştırılmasını, kalp egzersizi olan yürüyüş sayesinde kalbin düzenli çalışmasını, kan dolaşımının hızlanmasını ve beden bu bölgelerinde kan dolaşımının hızlanmasını, kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.3.4.Kondisyon Bisikleti Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR
Exercising Muscles



Şekil 5: Kondisyon Bisikleti Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün tek fonksiyonda, bacak üst bölgesi ön ve arka kasların çalıştırılmasını ve bedenin bu bölgesinde vücut kaslarının esnetilmesini, kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiştir.

2.3.3.5.Sarkaç Aleti



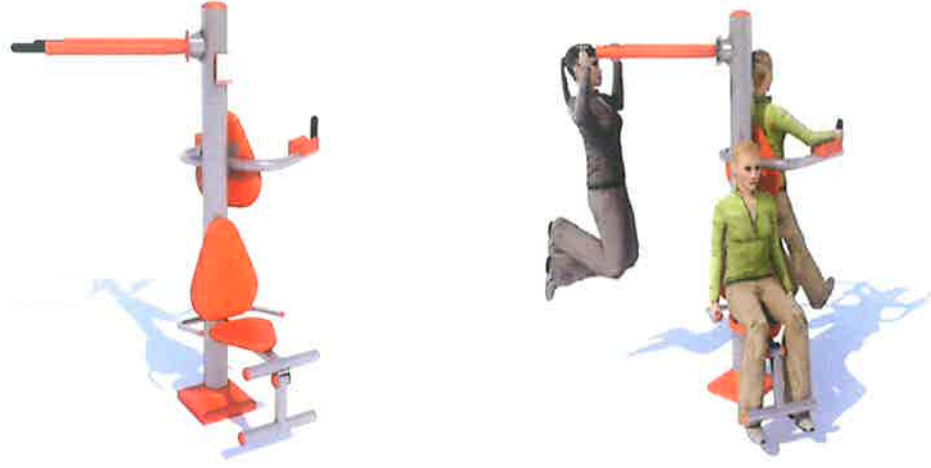
ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR
Exercising Muscles



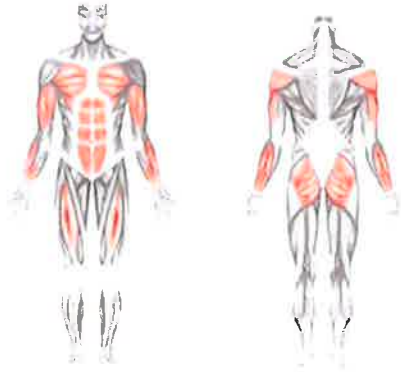
Şekil 6: Sarkaç Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün tek fonksiyonda, iki kişinin spor yapabileceği şekilde tasarlanmıştır. Bacakların üst bölgesinde yer alan iç ve dış kasları ile bedenın bacak – bel birleşim bölgesindeki eklem ve kasların çalıştırılmasını – esnetilmesini, bedenın bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.3.6. Vücut Geliştirme Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR Exercising Muscles



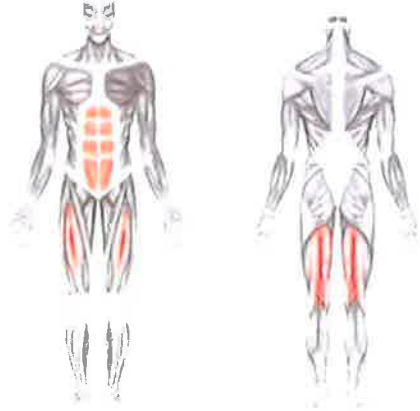
Şekil 7: Vücut Geliştirme Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün üç fonksiyonda, 3 kişinin spor yapabileceği şekilde tasarlanmıştır. Özellikle kolların ve bileklerin yan bölgesinde yer alan ön ve arka kaslar ile omuzların birleşim bölgesindeki eklem ve kasların , karın bölgesinde bulunan kasların esnetilmesini, eklem ve kasların çalıştırılarak güçlendirilmesini, beden bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.3.7. Bacak İtme Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR Exercising Muscles



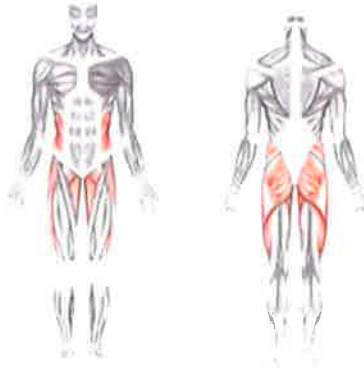
Şekil 8: Bacak İtme Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün tek fonksiyonda iki kişinin spor yapabileceği şekilde tasarlanmıştır. Özellikle bacakların diz kapağı bölgesinde ve bedenin bel-bacak ve ayak birleşim bölgesindeki eklem ve kasların esnetilmesini, eklem ve kasların çalıştırılarak güçlendirilmesini, bedenin bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.3.8. Makas Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR Exercising Muscles



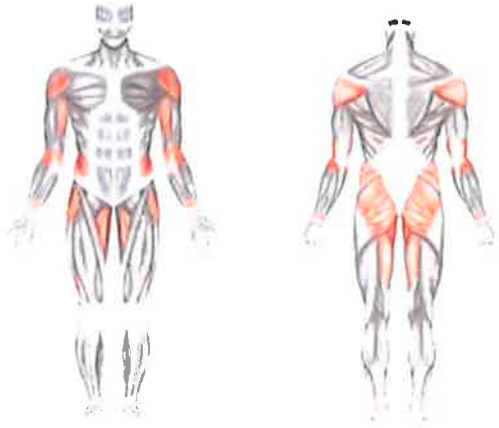
Şekil 9: Makas Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün bir fonksiyonda, iki kişinin spor yapabilecek şekilde tasarlanmıştır. Özellikle bacakların yan bölgesinde yer alan ön ve arka kaslar ile beden bel ve bacak birleşim bölgesindeki eklem ve kasların esnetilmesini, eklem ve kasların çalıştırılarak güçlendirilmesini, beden bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.3.9. Uzay Yürüyüş Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR Exercising Muscles



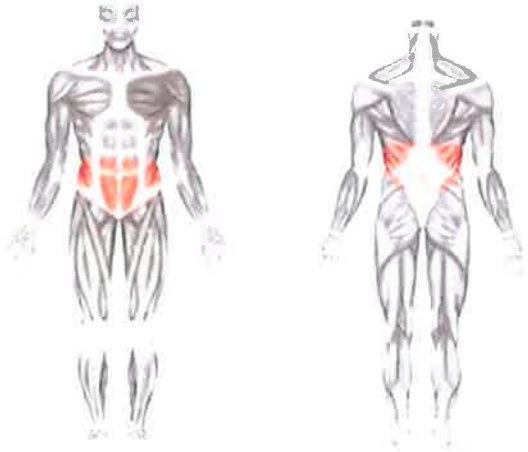
Şekil 10: Uzay Yolu Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün bir fonksiyonda, özellikle bacakların üst-alt bölgelerindeki ön ve arka kaslar ile bedeninin bel-bacak ve ayak birleşim bölgesindeki eklem ve kasların esnetilmesini, eklem ve kasların çalıştırılarak güçlendirilmesini, aynı anda kol-bilek ve göğüs kas ve eklemlerinin de çalıştırılarak bedeninin bu bölgelerinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiştir.

2.3.3.10. Bel Çevirme Aleti



ÇALIŞTIRDIĞI KASLAR Exercising Muscles



Şekil 11: Bel Çevirme Aleti (<https://www.parkdizayn.com>, <http://arspark.com>)

Amaç: Ürün 2 istasyon ve iki ayrı fonksiyonda; basen bölgesi ön ve arka kasları ile sırt üstü yan bel kaslarının çalıştırılmasını ve bedenin bu bölgesinde kan dolaşımının hızlanmasını ve kaslara daha fazla oksijen gitmesini sağlayacak şekilde üretilmiş olacaktır.

2.3.4.Spor Aktivite Aletlerinin Kullanımı Süresince Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

Sağlığını korumak ve kazaları önlemek için spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce spor aletlerinin üzerindeki çalıştırma talimatları ve parklardaki genel uyarı levhaları dikkatlice okunmalıdır (Eklavuz, 2018).

1. Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktorunuza danışınız. Düzenli ve yoğun spor yapan bireylerin doktor onayı alması tavsiye edilir. Özellikle sağlık problemi olan hastalar özen göstermelidir.
2. Engelli kişilerin spor aletlerini yalnızca ehliyetli bakıcı olması halinde kullanması tavsiye edilir.
3. Spor aletlerini kullanırken uygun kıyafetler ve tercihen spor veya yürüyüş ayakkabıları önerilir. Oluşabilecek kazaları önlemek adına bol kıyafetler tercih edilmemelidir.
4. Eklem ve kas ağrısı yaşadığınız durumlarda veya kendinizi iyi hissetmediğiniz durumlarda spor yapmayı bırakın. Baş dönmesi gibi rahatsızlıklar yaşadığınızda, kendinizi iyi hissedene kadar dinlenin.
5. Spor aletlerini çocukların kullanmamasına ve spor yaparken etrafınızda çocuk olup olmadığına dikkat ediniz.
6. Spor aletlerini uygun kişi sayısına göre kullanmaya dikkat ediniz.
7. Kullanıma uygun olmayan veya hasar görmüş spor aletlerini kullanmamaya dikkat ediniz.
8. Spor aletlerini kullanırken çevrenizde size zarar verecek nesnelere olup olmadığını kontrol ediniz. Spor yaparken zeminin temiz ve güvenilir olmasına dikkat ediniz.
9. Hareketli spor aletlerini kullanırken kol ve bacaklarınıza dikkat ediniz. Hareketli spor aletleri kullanırken kendize 0,5 m'lik serbest alan oluşturmaya özen gösteriniz.
10. Spor aletlerini üzerinde belirtilen amaçlar doğrultusunda kullanınız (eklavuz.com, 14.11.2019).



Şekil 12: Halka Açık Parklarda Spor Aletlerini Kullanmada Dikkat Edilenler

2.3.5. Spor Aktivite Aletlerinin Kullanım Levhalarının Önemi

Bilinçli-bilinçsiz olarak yüksek ve orta şiddetteki egzersiz tanımlamasındaki ve çeşitli egzersiz türlerinin etkileri konularındaki belirsizlikler, hala çözüm beklemektedir. Sayılan bu bağışıklık sistemi değişikliklerinin oluşmasında etkili mekanizmaların tam olarak anlaşılabilmesi ve şiddetli egzersizi bir meslek olarak yapan profesyonel sporcuların, şiddetli egzersizin olumsuz etkilerinden korunmasını sağlayacak faktörlerin bulunabilmesi için, yoğun araştırmalara gereksinim vardır (Haun ve Valerio, 2014).

Spor aktivitesi gerekliliği kadar, ihtiyaca göre doğru aktivite yapılması önemlidir. Sağlık durumunun hangi aktiviteler için uygun olup olmamasının yanında spor aktivitesinin süresi sağlıklı yaşam için önemlidir (Nielsen ve Bohlman, 2004). Sørensen, 2012’de sağlık okuryazarlığını, okuryazarlıkla bağlantılılığını ve insanların sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili günlük yaşamda karar almak ve karar vermek için bilgiye, bilgiye, motivasyona ve yetkinliğe sahip olmalarını gerektiği olarak açıklamıştır.

Bu yaklaşımdan yola çıkarak spor aktivitelerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin geliştirilmesi ile birlikte gerekli olan bilgilendirmelerin var olması da sağlıklı bireylerin artmasında önem arz ettiği ifade edilebilir.

2.4.Sağlık Okuryazarlığı

Giderek kalabalıklaşan ve gelişen dünyamızda sağlık okuryazarlığın önemi artarak devam etmektedir. Sağlık okuryazarlığı önemi dikkate alınarak tanımsal olarak değerlendirilmenin yanında önemi, modelleri, etki faktörleri ve fiziksel olarak sağlık okuryazarlık tartışılmıştır. Ek olarak sağlık okuryazarlığının literatür başlığında konu ile ilgili çalışmalara değinilmiştir.

2.4.1. Sağlık Okuryazarlığın Tanımı

Çok sayıda sağlık okuryazarlığı ile ilgili yayına rağmen, yalnızca birkaçı tanımların analizine özel olarak odaklanmaktadır (Bröder ve ark., 2017; Cadman, 2017; Malloy-Weir ve ark., 2016; Massey ve ark., 2012; Sørensen ve diğerleri, 2012; Zarcadoolas ve diğerleri, 2005). Sağlık okuryazarlığı tanımları ve modelleriyle ilgili ilk sistematik literatür taraması, 2012 yılında Sørensen ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. İkincisi, sağlık okuryazarlığı tanımları ve yorumlarına ve politika girişimlerine yönelik sonuçlara odaklanmıştır (Weir ve ark., 2005). Son araştırmalar, çocuk ve ergenler için sağlık okuryazarlığı tanımlarının bir analizini gerektirmiştir (Bröder ve ark., 2017).

Sağlık okuryazarlığının uygulandığı geniş disiplinlerden yararlanır. Sağlık okuryazarlığı tanımlarını keşfetme Son yirmi yılda, kavramsal yaklaşım, sosyal bir bağlamda gömülü sağlık okuryazarlığı dikkate alınarak, sağlığı korumak ve iyileştirmek için bireyler ve sosyal hizmetler arasındaki ilişkiyi ve etkileşimi etkileyen, bireysel yaklaşımın ötesine geçmiştir (Parker ve Ratzan, 2010).

Burada yer alan tanımların ana hatları, tanımların nasıl geliştiğini gösterir. İlk net tanım, “sağlık okuryazarlığının, temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu tür bilgi ve hizmetleri, sağlığı geliştirecek şekillerde kullanma yeterliliği” olduğunu belirtilmiştir (Ulusal Sağlık Eğitim Standartları, 1995). 1998 yılında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlık okuryazarlığını “bireylerin sağlığı sağlamayı teşvik edecek ve koruyacak şekilde bilgiye erişme, anlama ve anlama bilgisini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamıştır (Nutbeam, 1998). Amerikan Tabipler Birliği Sağlık Okuryazarlığı Özel Komitesi, sağlık okuryazarlığını gerekli temel okuma ve sayısal

görevleri yerine getirme becerisi de dahil olmak üzere bir beceriler kümesi olarak tanımlamıştır.

Bu sınırlar boyunca, ABD'deki Sağlıklı insanlar 2010 sağlık okuryazarlığını, bireylerin uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, işleme koyma ve anlama kapasitesine sahip olduklarını belirledi (Amerika Uluslararası Sağlık Örgütü, 2000). Sağlık okuryazarlığını uygun standartlarla fiziksel ve psiko-sosyal faaliyetleri anlamak ve bunlara göre hareket etmek, insanlarla etkileşimde bulunmak ve gerekli değişikliklerle başa çıkabilmek; Tam fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı elde etmek için makul bir özerklik ister (Fok ve Wong, 2002). Tıp Enstitüsü, sağlık okuryazarlığının, bireylerin becerilerinin ve sosyal sistemlerin taleplerinin etkileşiminden kaynaklanan sosyal ve bireysel faktörlerin ortak bir işlevi olduğunu belirtti (Bohlman ve ark., 2004).

Tablo 2.7: Sağlık Okuryazarlık Tanımının Tarihsel Akışı

Kaynak	Tanım
Ulusal Sağlık Eğitimi Standartları Ortak Komitesi (1995)	"Sağlık okuryazarlığı, bireylerin temel sağlık bilgi ve hizmetlerini edinme, yorumlama ve anlama kapasitesi ve bu bilgi ve hizmetleri, sağlığı geliştirecek şekillerde kullanma yeteneğidir."
Nutbeam (1998)	'Individuals Bireyin, bilgileri sağlığı ve sağlığını koruyacak şekillerde anlama ve kullanma becerisine sahip olma motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler.'
American Medical Association (1999)	'Sağlık ortamında çalışmak için gereken temel okuma ve sayısal görevleri yapma becerisi dahil olmak üzere becerilerin takımıydı.'
USDHHS (2000)	'Uygun sağlık kararları almak için gereken temel sağlık bilgileri ve hizmetlerini alma, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi.'
Nielsen-Bohlman (2004)	Bireylerin uygun sağlık kararları almak için gerekli temel sağlık bilgi ve hizmetlerini alma, işleme koyma ve anlama yetenekleridir.
Zarcadoolas (2005)	Bilgilendirilmiş seçimler yapmak, sağlık risklerini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için sağlık bilgisi ve kavramlarını araştırmak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri geniş kapsamlı beceri ve yetkinlikler.
Kwan (2006)	İnsanların, yaşam boyunca sağlığı teşvik etmek için farklı sağlık bağlamlarının talepleriyle ilgilenmek için bilgi bulma, anlama, değerlendirme ve iletme yetenekleri.
European Commission (2007)	Sağlam kararlar oluşturmak için sağlık bilgilerini okuma, filtreleme ve anlama becerisi.
ABS (2008)	Uyuşturucu ve alkol, hastalık önleme ve tedavisi, güvenlik ve kaza önleme, ilk yardım, acil durumlar ve sağlıklı kalmak gibi sağlık konularıyla ilgili bilgileri anlamak ve kullanmak için gereken bilgi ve beceriler.
Freedman (2009)	Bireylerin ve grupların, topluma yarar sağlayan halk sağlığı kararlarını almak için gereken bilgileri nasıl işleyebileceği, anlayabileceği, değerlendirebileceği ve harekete geçirebileceğidir.

Wu(2010)	Sağlık okuryazarlığı bireyleri, sağlık bilgilerini, örneğin sağlık davranışlarını veya yaşam koşullarını değiştirmek için, bu bilgiler üzerindeki bilginin güvenilirliğini, doğruluğunu ve bu bilgilerin bilgisinin uygunluğunu değerlendirerek sağlıkları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarını sağlayacak şekilde anlayabilir ve uygulayabilir.
Sorensen(2012)	Sağlık okuryazarlığı, okuryazarlıkla bağlantılıdır ve insanların sağlık hizmetleri, hastalıkları önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili günlük yaşamda karar almak ve karar vermek için bilgiye, bilgiye, motivasyona ve yetkinliğe sahip olmalarını gerektirir.
Dodson (2015)	Bireylerin ve toplulukların sağlıkla ilgili kararlar almak için bilgi ve hizmetlere erişmesi, anlaşılması, değerlendirilmesi ve kullanılması için gerekli olan kişisel özellikler ve sosyal kaynaklar. Sağlık okuryazarlığı, bu kararları iletme, onaylama ve yürürlüğe koyma kapasitesini içerir.

2.4.2. Sağlık Okuryazarlığının Modelleri ve Ölçümü

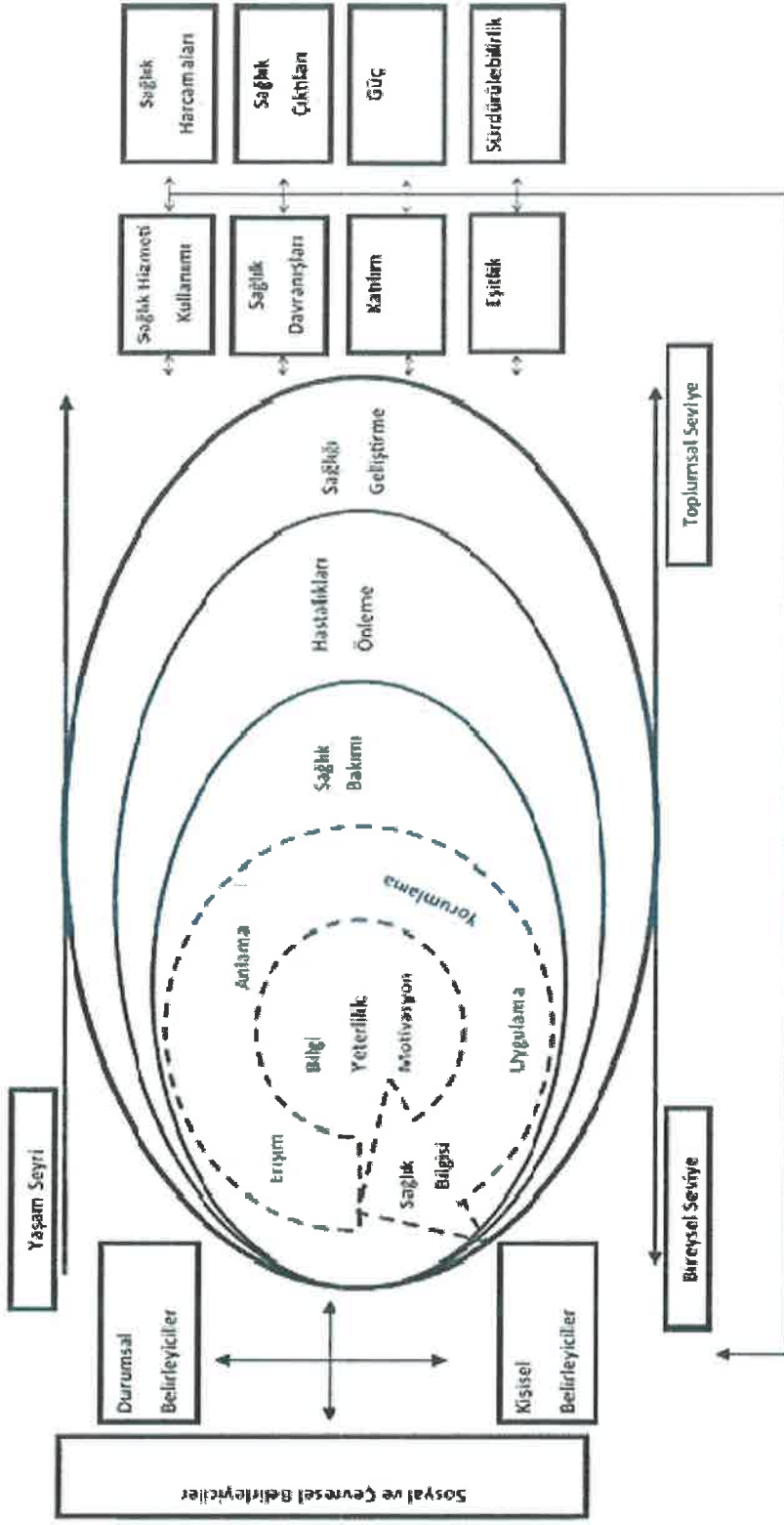
Sağlık okuryazarlığının tanınmasıyla ilgili devam eden tartışmalar göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığının en iyi nasıl ölçüleceği konusunda ciddi bir tartışma olduğu şaşırtıcı değildir. Farklı topluluklara uygulanabilecek “evrensel olmayan” bir sağlık okuryazarlığı ölçümü geliştirmek çok zor olmuştur (Haun, 2014; Jordan, 2011). Ölçüm araçlarının, ilgili bilişsel ve sosyal becerilerdeki göreceli farklılıkları ve bireylerin farklı durumlarda sağlık sonuçlarını elde etmek için bu becerileri uygulama becerilerini değerlendirebilmeleri gerekir. Becerilerdeki bu farklılıklar farklı şekillerde sınıflandırılmıştır.

Yaygın olarak kullanılan bir formda, bu farklılıklar fonksiyonel, etkileşimli ve kritik sağlık okuryazarlığı olarak sınıflandırılır (Helitzer ve ark., 2009). Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı, bireylerin ilgili sağlık bilgilerini edinmeleri için yeterli olan temel sağlık okuryazarlığı becerilerini tanımlamak için kullanılan bir terimdir (örneğin; sağlık riskleri ve sağlık sisteminin nasıl kullanılacağı konusunda) ve bu bilgiyi sınırlı bir dizi öngörülen faaliyete uygulayabilmek. Etkileşimli sağlık okuryazarlığı, bireylerin bilgi edinmelerini ve farklı iletişim biçimlerinden (kişilerarası, kitle iletişim araçları) anlam kazanmalarını ve değişen durumlara yeni bilgiler uygulamalarını sağlayan daha ileri okuryazarlık becerilerini tanımlar (Pelikan ve ark., 2012).

Bu beceriler, bireylerin hem yeni bilgiler üzerinde bağımsız hareket etmelerini hem de sağlık profesyonelleri gibi bilgi sağlayıcılarla daha fazla güven

içinde etkileşime girmelerini sağlar. Eleştirel sağlık okuryazarlığı, sosyal beceriler ile birlikte eleştirel analizler için uygulanabilecek daha gelişmiş bilişsel becerileri tanımlar. Bu bilgileri yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanmak. Böyle bir sınıflandırma, farklı sağlık okuryazarlığı kategorilerinin kademeli olarak karar alma ve kişisel güçlenmede daha fazla özerkliğe izin verdiğini göstermektedir (Levin-Zamir ve ark., 2016).

Kategoriler arasındaki ilerleme sadece bilişsel gelişime değil, aynı zamanda farklı bilgi formlarına (içerik ve medya) maruz kalmaya da bağlıdır. Ayrıca, kişinin öz yeterlilik olarak tanımlanan sağlık iletişimine etkili bir şekilde yanıt vermesi için bir kişinin güvenine de bağlıdır. Sağlık okuryazarlığının çeşitli basit ölçümleri, son 20 yılda klinisyenler için geniş bir popülasyon yelpazesıyla günlük pratikte kullanabilecekleri kısa tarama araçları sağlamak üzere test edilmiş ve onaylanmıştır (Davis, 1993; Parker, 1995; Weiss, 2005). Bu önlemler klinik uygulamada tarama aracı olarak kullanılmaya yöneliktir, ancak yukarıda açıklanan bilişsel ve sosyal becerilerdeki göreceli farklılıkları ölçmek için genellikle yetersizdir.



Şekil 13: Entegre Sağlık Okuryazarlığının Modeli (Sørensen, 2012)

Halen sağlık okuryazarlığı için mevcut ölçüm araçlarını geliştirmek ve uyarlamak için birkaç ülkede çalışmalar devam etmektedir. ve çok daha sofistike (ve karmaşık) araçlar ortaya çıkmaktadır (Chinn, 2013; Jordan, 2013; Osborne, 2013; Sorensen, 2013). Bu teklifler, bireysel kapasiteyi değerlendirmek için aşağıdakileri içerir:

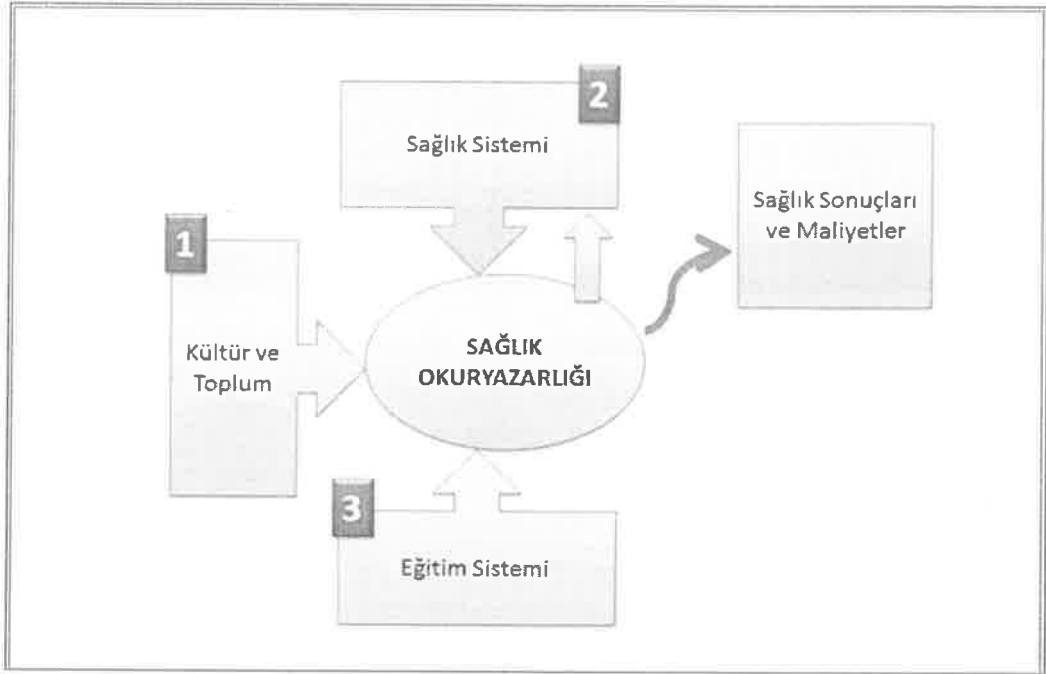
- çeşitli farklı kaynaklardan sağlık bilgilerine erişmek ve bilgi kaynakları arasında ayırım yapmak;
- Elde edilen sağlık bilgilerini anlamak ve kişiselleştirmek; ve
- Karar vermede ve sağlığa fayda sağlamak için eylemlerde bulunmada ilgili sağlık bilgisini kullanmak için yapılan sözleşmeyi (öz yeterliliği) göstermek. Bazı karmaşıklıklar göz önüne alındığında, sağlık okuryazarlığının ölçüm araçları, daha belirgin odaklarla, kavramın yapısı sabit kalsa bile geliştirilmiştir (Çopurlar ve Kartal, 2016).

Bu, belirli popülasyonlar için özel enstrümanlar içermektedir (Chisholm, 2007; Giradi, 2011; Wu, 2010); sağlık içeriği (Al-Sayah, 2013; Ishikawa, 2008; Ohnishi, 2005; Renkert, 2001), iletişim medyası (Mitsutake, 2011; Norman, 2006) ve farklı ülkeler. Bu araçların tümü, düşük sağlık okuryazarlığının belirleyicileri ve sonuçlarının daha sofistike analizini mümkün kılmaktadır ve sağlık okuryazarlığını iyileştirmeye yönelik müdahalelerin değerlendirilmesinde temel sunmaktadır (WHO, 2018).

2.4.3. Sağlık Okuryazarlığının Önemi ve Etki Faktörleri

Günümüzde sağlığın teşviki ve geliştirilmesi uygulamalarında yerleşik olan sağlık okuryazarlığı kavramı (Stewart ve ark., 2008), sağlığı geliştirme için Ottawa Şartı'na uygun olarak güçlendirme, insan hakları, etik, değerler ve eşitlik ilkelerine dayanmaktadır (Lindström ve Eriksson, 2011). İnsanların sağlıklarını kontrol etmelerini ve sağlıklarını iyileştirmelerini sağlamanın sağlığın teşviki ve geliştirilmesi perspektifiyle paralel olarak, sağlık okuryazarlığı, sağlık ve sağlık hizmetlerine güçlendirilmiş, aktif ve bilgili katılım için kritik olarak kabul edilmektedir (Coulter ve Ellins, 2006; Kickbusch ve Maag, 2008).

Sağlık okuryazarlığının önemi, modern sağlığın teşviki ve geliştirilmesi pratiğinde önemli bir halk sağlığı hedefi ve yönü olarak çok sayıda araştırmacı tarafından iyi bir şekilde oluşturulmuştur (Mitic ve Rootman, 2012, Nutbeam, 2008). Bugüne kadar, sağlık okuryazarlığı büyük ölçüde temel sağlık hizmetleri sistemlerinde etkili bir şekilde gezinmek için gereken önleyici hizmetleri, becerileri ve yetkinlikleri vurgulayan bireysel bir sağlık merceği aracılığıyla oluşturulmuştur (Massey ve ark., 2012). Mevcut sağlık okuryazarlığı anlayışları daha geniş sağlık kavramlarını kapsamamaktadır (Osborne ve ark., 2013) ve sağlığın temel faktörleri yeterince tanımlanmamış veya dikkate alınmamıştır (Baker, 2006; Nutbeam, 2008). Dolayısıyla şunları ifade etmektedir: Bir popülasyondaki sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesi, temel bir görev olmasına rağmen, sağlık bilgilerinin iletilmesinden daha fazlasını içerir (Nutbeam, 2008).



Şekil 14: Sağlık Okuryazarlığının Etki Faktörleri

Kaynak: European Health, 2014

Sağlık karar vermesinde ve güçlendirilmesinde daha fazla bağımsızlık sağlama hedefi varsa, bireyler ve topluluklar arasında sağlanacak olan, sağlık

iletifimlerinin içeriğinin yalnızca kişisel sağığına değil, aynı zamanda sağığın sosyal belirleyicilerine de odaklanmasını sağılama çabalarına daha fazla ihtiyaç vardır. Bu ifade ile Nutbeam (2008), aktif vatandaşlığın önemini vurgulamakta ve mevcut sağılık okuryazarlığı kavramsallaştırmalarında sağığın daha geniş sosyal belirleyicileri üzerine odaklanmaktadır.

2.4.4. Spor Aletlerini Kullanmada Sağılık Okuryazarlığının Önemi

Dudley'e (2015) göre, fiziksel okuryazarlık, fiziksel veya psikolojik kısıtlamadan bağımsız olarak, yaşam boyunca amaca yönelik fiziksel aktivite ve insan hareketi için sorumluluk alma ile ilgili bilgi, beceri, anlayış ve değerleri yakalayan bir şemsiye kavram olarak görülmelidir. Dudley (2015), herhangi bir bireyin gözlemlenebilir davranışlarında ortaya çıkabilecek dört temel fiziksel okuryazarlık unsuru olduğunu ileri sürmüştür. Bu gözlemlenen fiziksel okuryazarlık temel unsurları: (a) MC (kara, su ve hava dahil olmak üzere birden fazla ortamda hareketi kabul etti); (b) hareket kuralları, taktikleri ve stratejileri; (c) motivasyonel ve davranışsal hareket becerileri; ve (d) hareketin kişisel ve sosyal nitelikleri; ve sağılık, spor ve beden eğitimi alanındaki uygulayıcılar için özel uygulamalara sahiptir (Telama ve ark., 2014)

Bu temel unsurların her biri basitten karmaşık fiziksel, bilişsel ve duyuşsal öğrenmeye i içe bir ilerlemeyi temsil etse de, belki de spor ve halk sağığı politikası oluşumunu etkilemek için gereken daha geniş okuryazarlık perspektifinden yoksundur (Parkinson ve ark., 2017). Ayrıca, gözlenen fiziksel okuryazarlık modelinde temel unsurların uygulanması, açık bir uygulayıcı odağı ile oluşturulmuştur. Dudley (2015) tarafından belirtildiğı gibi, her unsur, Biggs ve Collis (1982) tarafından açıklanan gözlemlenen öğrenme çıktılarının yapısına dayanan eşlik eden bir değerlendirme tablosu ile uygulayıcılara değerlendirme araçlarının tasarımında yardımcı olmaya hizmet etmektedir (Tarp ve ark., 2018).

Gözlemlenen fiziksel okuryazarlıktaki temel unsurların aksine politika yapımı için fiziksel okuryazarlık sütunlarının önerilmesi, halk sağığı, spor ve eğitim politikalarının ontolojileri ve epistemolojileri arasında farklılıklar gösterebileceğini kabul etse de, amaç ortaklığını kolayca paylaştıklarını kabul eder (Tarp ve ark.,

2018). Okuryazarlık ve varsayılan olarak, fiziksel okuryazarlık, kesinlikle doğrusal bir şekilde ilerlemeyebilir. Aksine, odak noktası, disiplinin yapısını ve ilgili politikasını desteklemekte okuryazarlık sütunlarının her birine ödenen katkı ve değerlendirmedir. Bu modeldeki politika için fiziksel okuryazarlık sütunları, her bir sütunun politika geliştirme için gerekli bir değerlendirme haline geldiği ilgili yapısal iskeleler sağlar. Bu sütunlar sağlık, rekreasyon, spor ve eğitim disiplinlerinde eşit olarak uygulanabilir (Liu ve Zhang, 2017).



Şekil 15: Fiziksel Okuryazarlığın Temel Unsurları (Dudley, 2015).

2.5.Sağlık Okuryazarlığı Literatür

Türkiye’de sağlık okuryazarlığı giderek popüler olmakta ve üzerinde akademik çalışmaların arttığını ifade edebiliriz. Araştırılan tez çalışmasında sağlık okuryazarlığını açık alanlardaki spor aletleri üzerinde incelemeye yöneliktir. Bu yaklaşımla alan araştırmasına rastlanılmamıştır. Bu alanda özgün bir çalışma yapılması literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu alanda ilk olarak çalışmalar kamu eliyle yapıldığını söyleyebiliriz. Bakanlıkça 2009 yılında yapılan bir çalışma ‘Türk Toplumunda Sağlık Okuryazarlığı Oranlarının Belirlenmesi’ başlığı ile rapor edilmiştir. Bu konuda yapılan başka bir çalışma ise T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı bünyesinde faaliyet gösteren Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılmıştır. Proje olarak hazırlanan çalışma 2012 yılında “Sağlık Okuryazarlığı Ortak Bir Dile Doğru: Sağlık Çalışanlarıyla Anlaşmak” ismiyle rapor edilmiştir. Sağlık çalışanlarının doğru iletişim kurabilme yolları araştırılmıştır. Bilir N. (2013) ise ‘Sağlık Okuryazarlığı’ başlığı altında yaptığı çalışmasında, Sağlık Okuryazarlığı düzeyi ile bazı risk faktörleri sıklığı ve hastalıklardan korunma arasında ilişkilerin olduğunu savunmaktadır.

Sezgin D. (2013), araştırmacı ‘Sağlık Okuryazarlığını Anlamak’ başlığı ile yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlığının eksik olması durumunda oluşabilecek riskler yanında doğru şekilde sağlık okuryazarlığı konusunda yanlış bilgilendirilen veya yanlış anlaşılmış olan bilgilerin önemli riskleri beraberinde getirdiği ifade edilmiştir. Aynı yıllarda Kickbush ark. tarafında 2013 yılında yapılan çalışmada Avrupalıların sağlık okuryazarlığı geniş bir perspektiften değerlendirmelerde bulunulmuştur. Yazarın elde ettiği bulgular ışığında Avrupalı halkın sağlık okuryazarlığı konusunda %50 civarı yetersiz olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca yine yarısının aynı zamanda sorunlu bir sağlık okuryazarlık içinde olduğu tespit edilmiştir. Burada Türkiye için Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında ‘Türkiye Okuryazarlığı Araştırması’ adlı çalışma Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre Avrupa ile kıyaslandığında aşırı bir farkın olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca 2004 yılında ‘Amerika’da Okuryazarlık ve Sağlık’ başlığı ile hazırlanan raporda yer alan 6’lı ölçeğe göre ölçeklendirme yapılmıştır.

Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası tarafından 2014 yılında ‘Türkiye Okuryazarlığı Araştırması’ adlı çalışma önemli tespitler ortaya koymuştur. Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre sağlık okuryazarlığını dikkate aldığımızda; halkın %64’ü araştırmanın yapıldığı tarihte sağlık okuryazarlığı konusunda yetersiz bir düzeyde olduğu ve ayrıca var olan sağlık okuryazarlığı bilgilerinin de sorunlu olduğu anlaşılmaktadır. Yılmazel G. (2014), yaptığı tez çalışmasının başlığı ‘Çorum İl Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı Ve Kontrolü Arasındaki İlişki’ altında bir çalışma yapılmıştır. Aynı araştırmacı 2016 yılında yaptığı diğer çalışmadan da bahsedilmiştir. Yılmazel araştırdığı bu tez çalışmasında kamu kurumlarında görev alan öğretmenlere yönelik saha araştırması yapılmıştır.

Balçık ve ark. (2014), araştırmacılar tarafından hazırlanan çalışmanın başlığı ‘Sağlık Okuryazarlığı’ olarak belirlenmiş. Bu makale çalışmasında sağlık okuryazarlığı kategorik olarak tanımlanmıştır. Fonksiyonel, İletişimsel ve Eleştirel sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilmiştir. Filiz E. (2015), ‘Sağlık Okuryazarlığının Gebelik Ve Sağlık Algısı İle İlişkisi’ başlıkla yapılan doktora tez çalışmasında Anemisi olmayanlarda, Demir-Folikasit-D vitaminin düzenli kullananlarda ve tetanoz aşısını zamanında yaptıranlarda Sağlık Okuryazarlık düzeyi daha yüksekti. Bu çalışmada sağlık algısı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönde korelasyon belirlendi.

Aslan E. (2015), ‘Şehir Parklarında Bulunan Spor Alanlarında Egzersiz Yapanların Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Elektronik Ortamda Tespit ve Analizi’ adlı tez çalışmasında Kırıkkale ili içerisindeki halka açık spor alanlarının (yürüyüş, spor sahaları ve spor aletleri) amacına uygun kullanılıp kullanılmamasını ölçmeye yönelik bir tez araştırmasıdır. Yılmazel G. ve Çetinkaya F. (2016), ‘Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi’ ismi ile araştırılan makalede elde edilen sonuçlar tartışılmıştır. Bozkurt (2017), araştırmasında ‘Sağlık Okuryazarlığı Nedir? Nasıl Ölçülür?’ başlığı altında yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığının ülkede hak ettiği yere doğru ilerlediğine yönelik görüş bildirmişlerdir. Bulunmak sağlıktaki eşitsizliği azaltacak, hastaların sağlık seviyelerini arttıracak ve dolayısıyla daha kaliteli bir yaşam sağlayacaktır.

Aras Z. ve Temel A.B. (2017), araştırmacılar ‘Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi’ başlıklı çalışmada ölçek maddelerinin güvenilir düzeyde sonuçlar bulunduğu ve geçerlilik sağladığı sonucuna varılmıştır. zdemir Y. (2018), ‘Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi: Kahramanmaraş İli rneği’ adlı yüksek lisans tez alışması Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü bünyesinde yapılmıştır. Uygulama sonucu elde edilen veriler çerçevesinde yetersiz sağlık okuryazarlığın %12 civarında bir sonuç elde edildiği, sorunlu sağlık okuryazarlığının ise %35 gibi yüksek bir oranda elde edildiği, yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığı oranı %35 olduğu ve son olarak da en yüksek düzeyde sağlık okuryazarlığı oranının da %12 olduğu elde edilen sonuçlar arasındadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; halka açık parklardaki spor aletlerini kullanan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2.Araştırmanın Hipotezleri

H0: Halka açık parklardaki spor aletlerinin kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur.

H1: Halka açık parklardaki spor aletlerinin kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3.3.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma Kahramanmaraş ili Dulkadiroğlu ilçesinde yer alan Doğukent mahallesi, Mehmet Akif mahallesi, Oniki Şubat ilçesinde yer alan Haydar Bey mahallesi ve Akif İnan mahallelerinde yaşayan; açık alan parklardaki spor aletlerini kullanan, 18 yaş üzeri olan, iletişim problemi olmayan, araştırmayı kabul eden gönüllü bireyler ile sınırlandırılmıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmıştır.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kahramanmaraş ili Dulkadiroğlu ve Oniki Şubat ilçelerinde yer alan Doğukent, Mehmet Akif, Haydar bey ve Akif İnan mahallelerinde 14.07.2018-14.10.2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş ili Merkez İlçelerinde (Dulkadiroğlu ve Oniki Şubat ilçelerinde yer alan Doğukent, Mehmet Akif, Haydar bey ve Akif

İnan mahallelerinde) yaşayan onsekiz yaş ve üstü nüfus oluşturmaktadır. Araştırma, Kahramanmaraş ili Dulkadiroğlu ve Oniki Şubat ilçelerinde yer alan Doğukent, Mehmet Akif, Haydar bey ve Akif İnan mahallelerinde yapılmıştır.

Kahramanmaraş ili, Dulkadiroğlu ve Oniki Şubat ilçelerinde yer alan Doğukent, Mehmet Akif, Haydar bey ve Akif İnan mahallelerinde 2018 yılı nüfus dağılımına bakıldığında; Toplam nüfusu 40702 kişi olup bu nüfusun 30500'i onsekiz yaş ve üstü kişilerden oluşmaktadır (TÜİK, 2018).

Araştırmanın yapıldığı 2018 yılında Kahramanmaraş ilinde toplam 130 halka açık spor aletlerin var olduğu büyük park bulunmaktadır. Kahramanmaraş ili, Dulkadiroğlu ve Oniki Şubat ilçelerinde yer alan Doğukent, Mehmet Akif, Haydar bey ve Akif İnan mahallelerinde 2019 yılında 35 adet spor yapılabilen halka açık büyük park bulunmaktadır. (Kahramanmaraş Valiliği, 2019). Parklardaki spor aletlerini kullanan 18 yaş üzeri birey sayısı bilinmediği için evreni bilinmeyen bu çalışmada $\alpha=0,05$, $p=0,2$, $q=0,8$ ve $d=0,05$ olarak alındığında örnekleme alınacak kişi sayısı (n) 246 olarak hesaplanmıştır. Parklarda spor yapan bireylerden 219'u araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir.

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımsız değişkenler: Bireylerin ait demografik veriler (Yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşadığı yer, sosyal güvence, eğitim durumu, eşin eğitim düzeyi, gelir durumu, aile tipi, mesleğiniz, sosyal güvence durumu, kronik rahatsızlık)

Bağımlı değişkenler: Bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, spor aktivite yapma durumu, sağlıklı olma durumu, rahatsızlık düzeyi ve parklarda spor yapma durumu.

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanmasında aşağıda belirtilen veri toplama araçları kullanılmıştır.

- Veri Toplama Formu (EK 1)
- Türkiye Sağlık Okuryazarlığı -32 (TSOY-32) Ölçeği (EK 2)

3.7.1. Veri Toplama Formu

Çalışmada veri toplamak için kullanılan soru formu yedi bölümden oluşmaktadır. Geniş bir yelpazede veri toplamayı amaçlayan sorular iki temel bölümde özetlenebilir. Bu dağılımlar demografik değişkenlerin yanında spor ve sağlık durumları ile ilgili 48 sorudan oluşan kategorik değişkenler ile sağlık okuryazarlığının algı düzeylerini ölçmek için 32 likert ölçekli sorularla birlikte toplam 80 sorudan meydana gelmektedir.

3.7.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı (Tsoy-32) Ölçeği

Sağlık Okuryazarlığı Ölçek Geliştirme Çalışmayı ve ASOY-TR çalışmasında edinilen deneyimler ışığında, yeni likert ölçeği için kavramsal çerçevede bir değişikliğe gidilmiş; ülkemiz özelinde kavramsal çerçevenin “hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” boyutlarının birleştirilerek birlikte değerlendirilmesine karar verilmiştir. Bu amaç doğrultusunda çalıştayda önerilen maddelerin kullanılması ile 32 maddelik 5’li likert tipte (çok zor-zor-kolay-çok kolay-fikrim yok) bir ölçek geliştirilmiştir (Tsoy-32 Ölçeği, Pınar Okyay ve Sağlık).

TSOY-32, orijinal ölçekten farklı olarak, üç değil, iki temel boyut alınarak, 2X4’lük bir matris olarak yapılandırılmıştır. Buna göre, matris iki boyut (Tedavi ve hizmet, hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır.

Ölçeğin değerlendirilmesinde; indeksler HLS-EU çalışmasında olduğu gibi 0 ile 50 arasında olacak şekilde standardize edilmiştir. Bu hesaplama sonrasında, 0 en düşük sağlık okuryazarlığını ve 50 de en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir.

Aşağıdaki puanlamaya göre sağlık okuryazarlığı,

(0-25) puan: yetersiz sağlık okuryazarlığı

(>25-33): sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı

(>33-42): yeterli sağlık okuryazarlığı

(>42-50): mükemmel sağlık okuryazarlığı, olarak tanımlanmaktadır (Tsoy-32 Ölçeği, Pınar Okyay ve Sağlık).

3.8. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma kapsamına alınan hastalara bilgi verilerek araştırma için izinleri alınmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında veriler; veri toplama formu ve TSOY-32 ölçeği ile yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizleri IBM SPSS 22.0 istatistiksel paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testi ile test edilmiştir. Normal dağılıma uyan değişkenler ortalama \pm standart sapma (ss), uymayan değişkenler ise medyan, min-max değerleri ile verilmiştir.

Değişkenlerin 2 grup arasında karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 2'den fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Analizlerde anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak alınmıştır. Bu çalışmada TSOY ölçeği için Cronbach α katsayısı 0,99 olarak alınmıştır.

3.10. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yürütülmesi için Kahramanmaraş Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı Dulkadiroğlu ve Oniki Şubat merkez ilçeleri adına Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesinden gerekli izin alınmıştır. TSOY-32 ölçeğinin kullanımında yazardan mail aracılığı ile yazılı izin alınmıştır. Araştırmamıza katılan bireylere çalışma konusunda gerekli bilgiler araştırmacı tarafından verilerek sözlü ve yazılı izinleri alınmıştır.

3.11. Araştırmaya Sağlanan Destek

Araştırmanın yürütülmesinde herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

4.BULGULAR

4.1.Katılımcıların Kişisel Bilgi Formuna Ait Verilerinin Dağılımı

Tablo 4.1.1: Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=219)

	X±Ss	Min-Max
Yaş	41,86 ± 12,177	19-85
Erkek	40.36 ± 11.118	19-85
Kadın	43,74 ± 13.208	23-73

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	122	55,7
Erkek	97	44,3
Yaş Düzeyleri		
1-19- 24	14	6,4
2 -25-34	53	24,2
3 -35-44	54	24,7
4 -45-54	66	30,1
5 -55-64	26	11,9
6 -65 ve üzeri	6	2,7
Yaşanan yer		
Mehmet Akif Mahallesi	63	28,8
Doğu kent mahallesi	51	23,3
Haydar bey mahallesi	54	24,7
Akif İnan Mahallesi	51	23,3
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	7	3,2
Okuryazar	14	6,4
İlkokul	49	22,4
Ortaokul	41	18,7
Lise mezunu	67	30,6
Yüksekokul/üniversite	41	18,7
Medeni durum		
Evli	182	83,1
Bekar	29	13,2
Diğer	8	3,7

Tablo 4.1.1: Araştırmaya Katılan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=219) Devamı

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Eşin eğitim durumu		
Okuryazar değil	2	1,1
Okuryazar	16	8,8
İlkokul	42	23,1
Ortaokul	33	18,1
Lise mezunu	61	33,5
Yüksekokul/üniversite	28	15,4
Toplam	182	100,0
Sosyal güvence		
Var	193	88,1
Yok	26	11,9
Aile tipi		
Çekirdek aile	161	73,5
Geniş aile	50	22,8
Parçalanmış	8	3,7
Gelir durumu		
Çok iyi	12	5,5
İyi	77	35,2
Orta	124	56,6
Kötü	6	2,7
Mesleği		
Çalışmıyor	102	46,6
İşçi	41	18,7
Memur	27	12,3
Serbest meslek	17	7,8
Emekli	25	11,4
Diğer	7	3,2
Ahışkanlıklar		
Alkol alımı		
Evet	0	0
Hayır	219	100,0
Sigara Kullanımı		
Evet	86	39,3
Hayır	133	60,7
Toplam	219	100,0

Araştırmaya katılan 219 bireyin %55,7'si kadın, %44,3'ü erkektir. Yaş dağılımına bakıldığında katılımcıların, %6,4'ü 19-24 yaş, %24,2'si 25-34 yaş, %24,7'si 35-44 yaş, %30,1' 45-54 yaş, %11,9'u 55-64 yaş ve %2,7'si 65 ve üzeri yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 41.86 ± 12.17 , erkek bireylerin yaş ortalaması 40.36 ± 11.11 ve kadın bireylerin yaş ortalaması 43.74 ± 13.208 olarak bulundu (Tablo 4.1.1).

Bireylerin yaşamakta oldukları yere bakıldığında, bireylerin %28,8'i Mehmet Akif Mahallesi, %23,3 Doğu Kent Mahallesi, %24,7 Haydar Bey Mahallesi, %23,3 Akif İnan Mahallesi'nde yaşadığı saptandı. Katılımcıların %3,2'si okuryazar olmadığı, %6,4'ü okuryazar, %22,4'ü ilkokul, %18,7'si ortaokul, %30,6'sı lise ve %18,7'si yüksekokul/üniversite mezunu olduğu bulundu (Tablo 4.1.1).

Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında, %1,1'i okuryazar değil, %8,8'i okuryazar, %23,1'i ilkokul mezunu, %18,1'i ortaokul mezunu, %33,5'i lise mezunu ve %15,4'ü yüksekokul/üniversite mezunu olduğu bulundu. Bireylerin medeni durumuna bakıldığında %83,1'inin evli olduğu ve bireylerin sosyal güvencesine bakıldığında %88,1'inin sosyal güvencesi olduğu bulundu (Tablo 4.1.1).

Katılımcılar aile tipleri açısından gruplandırıldığında ise %73,5'inin çekirdek aile, %22,8'inin geniş aile ve %3,7'sinin parçalanmış aile olduğu bulundu. Katılımcıların mesleki dağılımına bakıldığında, %46,6'sının çalışmadığı, %18,7'sinin işçi, %12,3'ünün memur, %11,4'ü emekli, %7,8'i serbest meslek mensubu olduğu bulundu. Ailelerin gelir durumuna bakıldığında bireylerin, %5,5'i çok iyi, %35,2'si iyi, %56,6'sı orta, %2,7'si kötü olduğu bulundu (Tablo 4.1.1).

Katılımcıların sigara kullanma alışkanlıklarına bakıldığında %39,3'ünün alışkanlığı olduğu ve sigara kullanan bireylerin günde ortalama 14,6 adet sigara içtikleri bulundu (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2: Araştırmaya Katılan Bireylerde Kronik Rahatsızlığın Olma Durumu

Tanıttıcı özellikler	n	%
Kronik Rahatsızlık		
Olan	148	67,6
Olmayan	71	32,4
Toplam	219	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin %67,6'sının kronik rahatsızlıkları olduğu, %32,4'ünün hiçbir kronik rahatsızlıklarının olmadığı bulundu (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3: Araştırmaya Katılan Bireylerin Var Olan Kronik Rahatsızlıklarının Dağılımı

Tanıttıcı özellikler	n	%
Kronik Rahatsızlık Dağılımı		
Hipertansiyon	46	16,1
Diyabet	23	8,0
Astım	13	4,6
Troid	23	8,0
Kanser	11	3,9
Kalp Hastalığı	1	0,3
Osteoporoz	20	7,0
D Vitamin Eksikliği	8	2,8
Ruhsal Rahatsızlık	14	4,9
Eklemler Rahatsızlığı*	91	31,8
Böbrek Rahatsızlığı	6	2,1
Şişmanlık	18	6,3
Diğer	12	4,2

*Bel ağrısı ile Eklem ağrısının toplamı - Bireyler birden çok seçenek işaretlemiştir.

Katılımcılar arasında kronik rahatsızlıkların dağılımı incelendiğine, en çok görülen 4 rahatsızlığın sırasıyla %31,8 ile eklem rahatsızlığı, %16,1 ile hipertansiyon ve %8'er düzeyde diyabet ve troid izlemektedir. Bireylerde %7 osteoporoz ve %6,3 şişmanlık rahatsızlığı bulundu. En az görülen kronik rahatsızlık ise %0,3 ile kalp hastalığıdır (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerini Kullanmaya Başlamadaki Karar Süreci

Tanıtıcı özellikler	n	%
Spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdiniz?		
Sağlık çalışanı tavsiyesi	15	6,8
Arkadaş tavsiyesi	29	13,2
Kendi gözlemlerim	102	46,6
Tesadüfen	51	23,3
Diğer	22	10,1
Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktorunuza danıştınız mı?		
Evet	21	9,6
Hayır	198	90,4
Ne kadar zaman önce spor aletleri kullanmaya başladınız		
0-3 ay önce	29	13,2
4-7 ay önce	37	16,9
8-11 ay önce	33	15,1
12-23ay önce	42	19,2
2-3 yıl önce	23	10,5
3 yıldan daha önce	55	25,1
Parklardaki spor aletlerini düzenli olarak kullanıyor musunuz?		
Evet	69	31,5
Hayır	150	68,5
Spor aletlerini düzenli olarak kullanıyorsanız nedeni		
Evime uzak	23	13,4
Aletlerin sayısı yetersiz	60	35,1
Bu aletlerin sağlığı olumsuz etkilemesi	9	5,3
Diğer	79	46,2
Toplam	219	100,0

Katılımcılara spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdikleri sorulduğunda %46,6'sının kendi gözlemleri sonucunda başladığı, %23,3'ünün tesadüfen, %13,2'sinin arkadaş tavsiyesi, %10'unun diğer sebeplerle başladığı ve sadece %6,8'lik kısmın sağlık çalışanı tavsiyesi üzerine başladığı bulundu. Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktoruna danışanların oranı %9,6 olduğu bulundu. Spor aletlerini kullanmaya ne kadar zaman önce başladığına dair yapılan gruplandırılmada son bir yıl içinde başlayanların toplamda %45,2 düzeyinde olduğu, 1-2 yıl önce başlayanlar %19,2 düzeyinde, 2-3 yıl önce başlayanlar %10,5 düzeyinde, 3 yıldan daha önce başlayanların ise %25,1 düzeyinde olduğu bulundu (Tablo 4.1.4).

Parklardaki spor aletlerini düzenli kullanıyor musunuz? sorusuna katılımcıların %68,5'inin düzenli kullanmadıkları saptandı. Spor aletlerinin düzensiz kullanım sebebi olarak, %27,4'ü alet sayısının yetersizliğini, %10,5'i evine uzak oluşunu, %4,1'i aletlerin sağlığı olumsuz etkilemesini, %36,1'i diğer sebepler olduğu bulundu (Tablo 4.1.4).

Tablo 4.1.5: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletleri Hakkındaki Bilgisi Düzeyi ve Spor Aletlerini Kullanmadan Önceki Hazırlıklarına Yönelik Özelliklerin Dağılımı (n=219)

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Spor aletlerini çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyiniz		
Çok iyi biliyorum	14	6.4
İyi biliyorum	42	19.2
Orta derecede biliyorum	89	40.6
Az biliyorum	58	26.5
Hiç bilmiyorum	16	7.3
Egzersiz öncesi kullanacağınız araçların kullanma talimatlarını okudunuz mu?		
Evet	81	37.0
Hayır	138	63.0
Spor aletleri üzerinde yazılan talimatları yeterli buluyor musunuz?		
Evet	52	23.7
Hayır	60	27.4
Okumadım	107	48.9
Spor aletleri üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek mi kullandınız		
Evet	73	33.3
Hayır	146	66.7
Egzersiz yapma sıklığınız		
Haftada 1-2 gün	145	66.2
Haftada 3-4 gün	57	26.0
Haftada 5-6 gün	11	5.0
Haftanın her günü	6	2.8
Egzersiz yapma süreniz kaç dakikadır		
0-19 dk	94	42.9
20-39 dk	88	40.2
40-59 dk	30	13.7
60 dk ve üzeri	7	3.2
Egzersiz yapma zamanı		
06.00-07.59 arası	23	10.5
08.00-11.59 arası	10	4.6
12.00-15.59 arası	31	14.2
16.00-19.59 arası	57	26.0
20.00'dan sonra	98	44.7
Ayakkabı türü		
Spora Uygun Ayakkabı*	112	51.1
Spora Uygun Olmayan Ayakkabı**	107	48.9
Kıyafet türü		
Spora Uygun Kıyafet***	152	69.4
Spora Uygun Olmayan Kıyafet****	67	30.6
Toplam	219	100.0

*Spor Ayakkabısı, **Yürüyüş, Düz Taban, Terlik, Diğer

Eşofman, *Kumaş Pantolon, Kot Pantolon, Etek, Diğer

Katılımcıların spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, %6,4'ü çok iyi biliyorum, %19,2'si iyi biliyorum, %40,6'sı orta derece biliyorum, %26,5'i az biliyorum ve %7,3'ü hiç bilmediği bulundu. Egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatını okumayanların oranı %63, okuyanların oranı %37 olduğu bulundu. Spor aletleri üzerindeki yazılan talimatları yeterli bulanların oranı %23,7, yeterli bulmayanlar %27,4 ve talimatları okumayanların oranı %48,9 olduğu bulundu. Spor aletlerini talimatlara uygun kullananların oranı %33,3 olduğu bulundu. Bireylerin egzersiz yapma sıklığı değerlendirildiğinde, %66,2'si haftada 1-2 gün, %26'sı haftada 3-4 gün, %5'i haftada 5-6 gün ve %2,8'i haftanın her günü spor yaptığı bulundu. Bireylerin egzersiz yapma süreleri değerlendirildiğinde, %42,9'u 0-19 dakika, %40,2'si 20-39 dakika, %13,7'si 40-59 dakika ve %3,2'si 60 dakika ve üzerinde spor yaptığı bulundu. Bireylerin egzersiz yapma zamanına bakıldığında, %10,5'i saat 06.00-07.59 arası, %4,6'sı saat 08.00-11.59 arası, %14,2'si saat 12.00-15.59 arası, %26'sı saat 16.00-19.59 arası ve %44,7'si saat 20.00'dan sonra spor yaptıkları bulundu. Bireylerin %51,1' egzersiz yaparken spora uygun ayakkabı tercih etmişlerdir ve bireylerin %69,4'ü egzersiz yaparken spora uygun kıyafet giydikleri bulundu (Tablo 4.1.5).

Tablo 4.1.6: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletleri Hakkındaki Düşünceleri ve Spor Aletlerini Kullanmadan Önce Yaptığı Hazırlıklara Yönelik Özelliklerin Dağılımı (n=219)

Tanıttıcı özellikler	n	%
Spor aletlerini Kullanımına Yönelik Düşünceleriniz nelerdir?		
Spor aletleri genellikle bozuktur	52	17,9
Spor aletleri yazılar küçük/silinmiş olduğu için okunmuyordu	48	16,5
Spor aletleri açık alanda olması kullanımı kısıtlıyordu	103	35,4
Spor aletleri kullanımına yönelik İnternette olumsuz bilgiler yer aldığı için tedirginlik yaratıyordu	2	0,7
Cinsiyete özgü olumsuz geri bildirimler olduğu için rahat hareket etmeyi kısıtladı	30	10,3
Diğer	56	19,2
Spor aletlerini kullanmadan önce yaptığınız hazırlıklar nelerdir?		
Isınma egzersizleri yaptım	77	17,3
Tansiyonumu ölçtüm	14	3,2
Kan şekeri kontrolü	4	0,9
Yemekten hemen sonra yapmaya	28	6,3
Aç olmamaya	80	18,0
Kendimi iyi hissetmiyorsam yapmamaya	104	23,4
Acil durumlar için Cep telefonumu yanuma almaya	28	6,3
Egzersize başlama ve bitirme sürelerine	18	4,1
Egzersiz aletlerinin üzerindeki uyarılara dikkat etmeye	17	3,8
Kendi sağlığıma uygun olmayan aletleri kullanmamaya	71	16,0
Diğer	3	0,7

- Bireyler birden çok seçenek işaretlemiştir.

Bireylerin spor aletlerini kullanımına yönelik düşüncelerine bakıldığında, %17,9'u aletlerin genellikle bozuk olduğunu, %16,5'i aletlerin üzerindeki yazıların küçük veya silinmiş olduğundan dolayı okuyamadığını, %35,4'ü aletlerin açık alanda olmasının kullanımı kısıtladığını, %10,3'ü cinsiyete özgü olumsuz geri bildirimler olduğu için rahat hareket etmeyi kısıtladığını ve %19,2'si diğer düşünceler sonucu bulundu (Tablo 4.1.6).

Bireylerin spor aletlerini kullanmadan önce yaptıkları hazırlıklara bakıldığında, %23,4'ü kendini iyi hissetmiyor ise spor yapmamak, %18'i aç olmamak, %17,3'ü ısınma egzersizi yapmak, %16'sı kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamak öncelikli seçenekler olarak belirtilmiştir. Bireylerin spor öncesinde % 3,1'inin tansiyon ölçümü ve %0,9'u kan şekeri kontrolü yaptığı bulundu (Tablo 4.1.6).

Tablo 4.1.7: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerini Kullanmasının Var Olan Sağlık Problemine Etkisine Ait Verilerin Dağılımı

Tanıtcı Özellikler	n	%
Kullandığınız spor aletlerinin var olan sağlık probleminizi etkilediğini düşünüyor musunuz?		
Evet	128	58.5
Hayır	91	41.5
Toplam	219	100.0
Kullandığınız spor aletlerinin var olan sağlık probleminize etkisi		
Doktora daha az gittim	19	14.4
Kendimi sağlıklı hissettim	93	72.6
Stresim azaldı	43	33.5
Tansiyonum düştü	3	2.3
İlaç dozlarım azaldı	2	1.5
Kan şekeri istikrarlı seyretti	6	4.6
Kilo verdim	53	41.4
Kolesterolüm düştü	1	0.7
Alışkanlıklarım azaldı(Sigarayı / Alkol vb)	10	7.8
Hareket kapasitem arttı	39	30.4
Düzenli bir duruşa sahip oldum	7	5.4
Sosyalleştirdi	7	5.4
Kendime zaman ayırmanımı sağladı	15	11.7
Ağrıları azaldı	18	14.0
Diğer	3	2.3

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Bireylerin %58,45'i spor aletlerinin var olan sağlık problemini etkilediği bulundu. Katılımcılara kullandıkları spor aletlerinin var olan sağlık problemlerine etkisi olup olmadığı sorulmuş ve cevabı evet olanlardan açıklama istenmiştir. Buna göre, %72,6'lık kısım kendisini daha sağlıklı hissettiğini, %41,4'ü kilo verdiğini, %33,5'i stresinin azaldığını, % 30,4'ü hareket kapasitesinin arttığını, %14,4'ü doktora daha az gittiğini, %14'ü ağrılarının azaldığını, %7,8'inin sigara alışkanlığının azaldığı sonucu bulundu (Tablo 4.1.7).

Tablo 4.1.8: Araştırmaya Katılan Bireylerin Egzersiz Yaparken veya Sonrasında Yaşadığı Sağlık Problemine Yönelik Verilerin Dağılımı

Tanıttıcı Özellikler	n	%
Egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşadınız mı?		
Evet	32	14,6
Hayır	187	85,4
Toplam	219	100,0
Egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi		
Kalp ile ilgili ağrı	3	9,7
Tansiyon rahatsızlığı*	4	12,9
Solunum sıkıntısı	5	16,1
Eklem rahatsızlığı**	15	48,4
Baş dönmesi	3	9,7
Yorgunluk	10	32,3
Birden bire terleme ve bulantı	2	6,5
Kan şekeri düşmesi	1	3,2
Diğer	2	6,5
Yaşadığınız bu sorunu çözmek için girişimde buldunuz mu?		
Evet	23	71,9
Hayır	9	28,1
Cevabınız Evet İse		
Doktora Gittim	10	31,3
Egzersize Son Verdim	11	34,4
Bir şey yapmadım şikâyetler kendiliğinden geçti	9	28,1
Korkudan yardım istedim	0	0
İlaçlarımı Aldım	2	6,2
Diğer	0	0

-Birden çok seçenek işaretlenebilmektedir. *Tansiyon düşmesi, Tansiyon yükselmesi

**Ayak burkulması, Eklem ağrısı, Bel ağrısı

Bireylerin %14,6'sı egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşadığı bulundu. Katılımcılara egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve cevabı evet olanlardan açıklama yapmalarını istenmiştir. Buna göre sağlık sorunu yaşayanların %48,4'ü eklem rahatsızlığı,

%32,3'ü yorgunluk, %16,1'i solunum sıkıntısı, %12,9'u tansiyon rahatsızlığı, %9,7'si kalp ile ilgili ağrı şikayetlerinin ortaya çıktığı belirlendi (Tablo 4.1.7).

Katılımcılara egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve cevabı evet olanlara yaşadıkları bu sorunu çözmek için bir girişimde bulunup bulunmadıkları sorulmuştur. Sorun yaşayan 32 kişiden %31,3'ü doktora gittiğini, %34,4'ü egzersize son verdiğini, %28,1'i şikayetlerin kendiliğinden geçtiğini ve %6,2'sinin ilaçlarını kullandığı sonucu bulundu.

Tablo 4.1.9: Araştırmaya Katılan Bireylerin Egzersiz Sonrası Dikkat Ettiği Durumların Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Egzersiz Sonrası Dikkat Ettiğiniz Durumlar Nelerdir?		
Egzersiz Sonrası Soğuma Hareketleri Yapmaya	39	17,81
Egzersiz İçin Ayırdığım Süreyi Aşmamaya	29	13,24
Egzersiz Sonrası Bir Şey Yapmadım	143	65,30
Diğer	8	3,65
Toplam	219	100,0

Bireylerin egzersiz sonrası dikkat ettikleri durumlara bakıldığında, %65,3'ü egzersiz sonrası bir şey yapmadığını, %17,8'i egzersiz sonrası soğuma hareketleri yaptığını, %13,2'si egzersiz süresini aşmamaya ve %3,7'sinin diğer durumlara dikkat ettiği sonucu bulundu (Tablo 4.1.9).

Tablo 4.1.10: Araştırmaya Katılan Bireylerin Kullandığı Spor Aletlerinin Yaşadığı Yerin Konumuna Yönelik Verilerin Dağılımı

Spor aletlerinin bulunduğu yerin oturduğunuz eve uzaklığı				
Tanıtıcı Özellikler	M±Ss	Minumum-Maximum	n	%
Dakika Olarak	7.16-5.33	1-30	219	100,0
Oturduğunuz mahallede spor aletleri var mı?				
Evet			219	100,0
Hayır			0	0
Oturduğu mahalle içerisinde spor aletleri varsa mahalledeki yeri				
Parkın içerisinde			219	100,0
Parkın dışarısındaki bir alanda			0	0

Bireylerin oturduğu ev ile spor aletleri arasındaki süre maksimum 30 dakika, en az 1 dakika ve ortalama 7.16-5.33 dakika bulundu. Araştırmaya katılan bireylerin hepsinin mahallesinde spor aletleri bulunmaktadır ve spor aletlerinin tamamı parkların içerisinde olduğu bulundu (Tablo 4.1.10).

4.2. Katılımcıların Kişisel Bilgi Formuna Ait Verileri İle Bazı Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Tablo 4.2.1: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerini Kullanmaya Nasıl Karar Verdiği ile Bazı Demografik Değişkenlerin İlişki Dağılımı

	Spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdiniz										P Değeri	
	Sağlık çalışanı tavsiyesi		Arkadaş tavsiyesi		Kendi gözlemlerim		Tesadüf eseri		Diğer			Toplam
Yaş	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
19-24	1	7.1	2	14.3	3	21.4	7	50.0	1	7.1	14	100.0
25-34	2	3.8	6	11.3	26	49.1	15	28.3	4	7.5	53	100.0
35-44	5	9.3	7	13.0	29	53.7	9	16.7	4	7.4	54	100.0
45-54	5	7.6	14	21.2	26	39.4	16	24.2	5	7.6	66	100.0
55-64	2	7.7	0	0.0	13	50.0	4	15.4	7	26.9	26	100.0
65 ve üzeri	0	0.0	0	0.0	5	83.3	0	0.0	1	16.7	6	100.0
Toplam	15	6.9	29	13.2	102	46.6	51	23.3	22	10.0	219	100.0
Cinsiyet												
Kız	9	7.4	17	13.9	64	52.5	23	18.9	9	7.4	122	100.0
Erkek	6	6.2	12	12.4	38	39.2	28	28.9	13	13.4	97	100.0
Toplam	15	6.8	29	13.2	102	46.6	51	23.4	22	10.0	219	100.0
Eğitim Düzeyi												
Okuryazar değil	0	0.0	1	14.3	6	85.7	0	0.0	0	0.0	7	100.0
Okuryazar	2	14.3	0	0.0	3	21.4	7	50.0	2	14.3	14	100.0
İlkokul	5	10.2	8	16.3	23	46.9	4	8.2	9	18.4	49	100.0
Ortaokul	3	7.3	7	17.1	19	46.3	9	22.0	3	7.3	41	100.0
Lise mezunu	2	3.0	12	17.9	26	38.8	23	34.3	4	6.0	67	100.0
Yüksekokul/üniversite	3	7.3	1	2.4	25	61.0	8	19.5	4	9.8	41	100.0
Toplam	15	6.8	29	13.2	102	46.6	51	23.3	22	10.0	219	100.0
Ailenin Gelir Durumu												
Çok iyi	3	25.0	3	25.0	4	33.3	1	8.3	1	8.3	12	100.0
İyi	8	10.4	7	9.1	31	40.0	26	33.8	5	6.5	77	100.0
Orta	3	2.4	19	15.3	66	53.2	21	16.9	15	12.1	124	100.0
Kötü	1	16.7	0	0.0	1	16.7	3	50.0	1	16.7	6	100.0
Toplam	15	6.8	29	13.2	102	46.6	51	23.3	22	10.0	219	100.0

–Yüzdeler satır toplamlarına göre hesaplanmıştır.
Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square, Bonferroni

Spor aletlerini kullanmaya karar verme süreci ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,530$) ve cinsiyet ($p=0,162$) özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, eğitim düzeyi ($p<0,01$) ve aile gelir durumu ($p<0,01$) özelliklerinde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4.2.1).

Bonferroni analiz sonuçlarına göre, anlamlı fark bulunan eğitim düzeyi ve ailenin gelir durumu özelliklerinin değişkenleri arasında fark olmadığı bulundu (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerini Kullanmaya Nasıl Karar verdiği ile Kronik Rahatsızlıkların Dağılımı

Kronik Rahatsızlık	Spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdiniz											
	Sağlık çalışanı tavsiyesi		Arkadaş tavsiyesi		Kendi gözlemlerim		Tesadüf eseri		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertansiyon	2	4,3	12	26,1	17	37	12	26,1	3	6,5	46	100,0
Diyabet	1	4,3	5	21,7	9	39,1	4	17,4	4	17,4	23	100,0
Astım	0	0	0	0	11	84,6	1	7,7	1	7,7	13	100,0
Troid	1	4,3	5	21,7	9	39,1	4	17,4	4	17,4	23	100,0
Kanser	0	0	2	18,2	8	72,7	1	9,1	0	0	11	100,0
Kalp Hastalığı	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100,0
Osteoporoz	2	10	2	10	8	40	7	35	1	5	20	100,0
D Vitamin Eksikliği	0	0	0	0	7	87,5	0	0	1	12,5	8	100,0
Ruhsal Rahatsızlık	1	7,1	0	0	11	78,6	2	14,3	0	0	14	100,0
Bel Sorunu	3	5,5	4	7,3	27	49,1	16	29,1	5	9,1	55	100,0
Eklemler (Romatizmal Sorun)	3	8,3	3	8,3	17	47,2	11	30,6	2	5,6	36	100,0
Böbrek Rahatsızlığı	1	16,7	2	33,3	2	33,3	1	16,7	0	0	6	100,0
Şişmanlık	2	11,1	4	22,2	11	61,1	0	0	1	5,6	18	100,0
Hiçbiri	0	0	2	16,7	2	16,7	4	33,3	4	33,3	12	100,0
Toplam	11		21		67		36		13		148	100,0

-Yüzdeler satır toplamlarına göre hesaplanmıştır.
Multiple Response Define group, Crosstabs

Kronik rahatsızlığı olan bireylerin spor aletlerini kullanmaya karar verme süreci incelendiğinde, hipertansiyonu olanların %4,3'ü, diyabeti olanların %4,3'ü, troidi olanların %4,3'ü, osteoporozu olanların %10'u, bel sorunu olanların %5,5'i, eklemler sorunu olanların %8,3'ü, böbrek rahatsızlığı olanların %16,7'si ve şişmanlığı olan bireylerin %11,1 sağlık çalışanı tavsiyesi ile spor aletlerini kullanmaya başladığı sonucu bulundu (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerini Kullanmaya Başlamadan Önce Doktora Danışma Durumu ve Parklardaki Spor Aletlerini Düzenli Kullanma Durumu ile Bazı Demografik Değişkenlerin İlişki Dağılımı

Yaş	Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktorunuza danıştınız mı?						Parklardaki Spor aletlerini düzenli olarak kullanıyor musunuz?						P Değeri	
	Evet		Hayır		Toplam		Evet		Hayır		Toplam			P Değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
19-24	1	7.1	13	92.9	14	100.0	2	14.3	12	85.7	14	100.0		
25-34	4	7.5	49	92.5	53	100.0	19	35.8	34	64.2	53	100.0		
35-44	5	9.3	49	90.7	54	100.0	20	37	34	63	54	100.0		
45-54	6	9.1	60	90.9	66	100.0	17	25.8	49	74.2	66	100.0	0.374	
55-64	4	15.4	22	84.6	26	100.0	10	38.5	16	61.5	26	100.0		
65 ve üzeri	1	16.7	5	83.3	6	100.0	1	16.7	5	83.3	6	100.0		
Toplam	21	9.6	198	90.4	219	100.0	69	31.5	150	68.5	219	100.0		
Cinsiyet														
Kız	15	12.3	107	87.7	122	100.0	42	34.4	80	65.6	122	100.0		
Erkek	6	6.2	91	93.8	97	100.0	27	27.8	70	72.2	97	100.0	0.297	
Toplam	21	9.6	198	90.4	219	100.0	69	31.5	150	68.5	219	100.0		
Eğitim Düzeyi														
Eğitim Düzeyi	0	0	7	100	7	100.0	1	14.3	6	85.7	7	100.0		
Okuryazar değil	2	14.3	12	85.7	14	100.0	4	28.6	10	71.4	14	100.0		
Okuryazar	5	10.2	44	89.8	49	100.0	9	18.4	40	81.6	49	100.0		
İlkokul	5	12.2	36	87.8	41	100.0	12	29.3	29	70.7	41	100.0	0.127	
Ortaokul	4	5	63	94	67	100.0	26	38.8	41	61.2	67	100.0		
Lise mezunu	5	12.2	36	87.8	41	100.0	17	41.5	24	58.5	41	100.0		
Yüksekokul/üniversite	21	9.6	198	90.4	219	100.0	69	31.5	150	68.5	219	100.0		
Ailenin gelir durumu														
Ailenin gelir durumu	2	16.7	10	83.3	12	100.0	7	58.3	5	41.7	12	100.0		
Çok iyi	7	9.1	70	90.9	77	100.0	25	32.5	52	67.5	77	100.0		
İyi	11	8.9	113	91.1	124	100.0	37	29.8	87	70.2	124	100.0	0.73	
Orta	1	16.7	5	83.3	6	100.0	0	0	6	100	6	100.0		
Kötü	21	9.6	198	90.4	219	100.0	69	31.5	150	68.5	219	100.0		

Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktora danışma ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,885$), cinsiyet ($p=0,127$), eğitim düzeyi ($p=0,735$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,768$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.2.3).

Spor aletlerini düzenli olarak kullanma ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,374$), cinsiyet ($p=0,297$), eğitim düzeyi ($p=0,127$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,730$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4: Araştırmaya Katılan Bireylerin Ne Kadar Zaman Önce Spor Aletlerini Kullanmaya Başlama Durumu ile Bazı Demografik Değişkenlerin İlişki Dağılımı

Yaş	Ne kadar zaman önce spor aletleri kullanmaya başladınız												Toplam	P Değeri
	0-3 ay önce		4-7 ay önce		8-11 ay önce		12-23 ay önce		2-3 yıl önce		3 yıldan daha önce			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
19-24	2	14,3	1	7,1	3	21,4	3	21,4	1	7,1	4	28,6	14	100,0
25-34	3	5,7	6	11,3	5	9,4	11	20,8	6	11,3	22	41,5	53	100,0
35-44	5	9,3	8	14,8	8	14,8	12	22,2	7	13	14	25,9	54	100,0
45-54	15	22,7	15	22,7	10	15,2	10	15,2	6	9,1	10	15,2	66	100,0
55-64	3	11,5	6	23,1	5	19,2	4	15,4	3	11,5	5	19,2	26	100,0
65 ve üzeri	1	16,7	1	16,7	2	33,3	2	33,3	0	0	0	0	6	100,0
Toplam	29	13,2	37	16,9	33	15,1	42	19,2	23	10,5	55	25,1	219	100,0
Cinsiyet														
Kız	17	13,9	17	13,9	12	9,8	25	20,5	18	14,8	33	27,0	122	100,0
Erkek	12	12,4	20	20,6	21	21,6	17	17,5	5	5,2	22	22,7	97	100,0
Toplam	29	13,2	37	16,9	33	15,1	42	19,2	23	10,5	55	25,1	219	100,0
Eğitim Düzeyi														
Okuryazar değil	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0	0	0	0	0	0	7	100,0
Okuryazar	3	21,4	2	14,3	2	14,3	3	21,4	0	0	4	28,6	14	100,0
İlkokul	8	16,3	4	8,2	8	16,3	9	18,4	9	18,4	11	22,4	49	100,0
Ortaokul	6	14,6	11	26,8	6	14,6	9	22,0	2	4,9	7	17,1	41	100,0
Lise mezunu	5	7,5	13	19,4	7	10,4	10	14,9	5	7,5	27	40,3	67	100,0
Yüksekokul/üniversite	4	9,8	4	9,8	9	22,0	11	26,8	7	17,1	6	14,6	41	100,0
Toplam	29	13,2	37	16,9	33	15,1	42	19,2	23	10,5	55	25,1	219	100,0
Ailenin gelir durumu														
Çok iyi	0	0	1	8,3	2	16,7	3	25,0	1	8,3	5	41,7	12	100,0
İyi	5	6,5	14	18,2	8	10,4	18	23,4	6	7,8	26	33,8	77	100,0
Orta	24	19,4	22	17,7	21	16,9	21	16,9	16	12,9	20	16,1	124	100,0
Kötü	0	0	0	0	2	33,3	0	0	0	0	4	66,7	6	100,0
Toplam	29	13,2	37	16,9	33	15,1	42	19,2	23	10,5	55	25,1	219	100,0

–Yüzdeler satır toplamlarına göre hesaplanmıştır. Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square, Bonferroni

Spor aletlerini kullanmaya başlama zamanı ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,32$), cinsiyet ($p=0,36$), eğitim düzeyi ($p=0,18$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,16$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerini Çalıştırdığı Vücut Bölgesi Hakkında Bilgi Durumu ile Bazı Demografik Değişkenlerin İlişki Dağılımı

Yaş	Spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyiniz												P Değeri					
	Çok iyi biliyorum			İyi biliyorum			Orta derecede biliyorum			Az biliyorum				Hiç bilmiyorum			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	
19-24	4	28.6	3	21.4	6	42.9	1	7.1	0	0	0	0	14	100.0				
25-34	5	9.4	17	32.1	25	47.2	4	7.5	2	3.8	2	3.8	53	100.0				
35-44	1	1.9	13	24.1	25	46.3	13	24.1	2	3.7	7	10.6	66	100.0				
45-54	2	3.0	5	7.6	27	40.9	25	37.9	7	10.6	2	7.7	26	100.0				
55-64	2	7.7	3	11.5	6	23.1	13	50.0	2	7.7	3	50.0	6	100.0				
65 ve üzeri	0	0	1	16.7	0	0	2	33.3	3	50.0	16	7.3	219	100.0				
Toplam	14	6.4	42	19.2	89	40.6	58	26.5	16	7.3	219	100.0						
Cinsiyet																		
Kız	5	4.1	26	21.3	54	44.3	30	24.6	7	5.7	122	100.0						
Erkek	9	9.3	16	16.5	35	36.1	28	28.9	9	9.3	97	100.0						
Toplam	14	6.4	42	19.2	89	40.6	58	26.5	16	7.3	219	100.0				0.28		
Eğitim Düzeyi																		
Okuryazar değil	0	0	0	0	1	14.3	2	28.6	4	57.1	7	100.0						
Okuryazar	0	0	1	7.1	2	14.3	8	57.1	3	21.4	14	100.0						
İlkokul	1	2.0	3	6.1	22	44.9	18	36.7	5	10.2	49	100.0						
Ortaokul	1	2.4	3	7.3	14	34.1	21	51.2	2	4.9	41	100.0						
Lise mezunu	4	6.0	15	22.4	40	59.7	7	10.4	1	1.5	67	100.0						
Yüksekokul/üniversite	8	19.5	20	48.8	10	24.4	2	4.9	1	2.4	41	100.0						
Toplam	14	6.4	42	19.2	89	40.6	58	26.5	16	7.3	219	100.0						
Ailenin gelir durumu																		
Çok iyi	2	16.7	7	58.3	3	25.0	0	0	0	0	12	100.0						
İyi	6	7.8	20	26.0	34	44.2	13	16.9	4	5.2	77	100.0						
Orta	6	4.8	15	12.1	51	41.1	43	34.7	9	7.3	124	100.0						
Kötü	0	0	0	0	1	16.7	2	33.3	3	50.0	6	100.0						
Toplam	14	6.4	42	19.2	89	40.6	58	26.5	16	7.3	219	100.0						

--Yüzdeleer satır toplamlarına göre hesaplanmıştır. Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square, Bonferroni

Bireylerin spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyi ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet ($p=0,28$) özelliği ile anlamlı fark olmadığı, yaş ($p<0,001$), eğitim düzeyi ($p<0,001$), ve ailenin gelir durumu ($p<0,001$) özellikleri ile anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4.2.5).

Bireylerin yaş aralığı azaldıkça bilgi düzeylerinin arttığı, eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeylerinin de yükseldiği ve ailenin gelir durumu arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı sonucu bulundu (Tablo 4.2.5).

Bonferroni analiz sonuçlarına göre; yaş özelliğinde 19-24 ve 25-34 yaş arası bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite ve lise mezunu eğitim düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, ailenin gelir durumu özelliğinde çok iyi, iyi ve orta gelir durumundaki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6: Araştırmaya Katılan Bireylerin Egzersiz Öncesi Kullanacağınız Araçların Kullanma Talimatlarını Okuma Durumu, Spor Aletleri Üzerinde Yazılan Talimatlara Dikkat Etme Durumu ve Spor Aletleri Üzerinde Yazılan Talimatları Yeterli Bulma Durumu ile Bazı Demografik Değişkenlerin İlişkisi Dağılımı

Yaş	Egzersiz öncesi kullanacağınız araçların kullanma talimatlarını okudunuz mu?						Spor aletleri üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek mi kullandınız?						Spor aletleri üzerinde yazılan talimatları yeterli buluyor musunuz?					
	Evet		Hayır		Toplam	P Değeri	Evet		Hayır		Toplam	P Değeri	Evet		Hayır		Toplam	P Değeri
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
19-24	6	42,9	8	57,1	14	100,0	6	42,9	8	57,1	14	100,0	6	42,9	1	7,1	7	50,0
25-34	30	56,6	23	43,4	53	100,0	24	45,3	29	54,7	53	100,0	12	22,6	24	45,3	17	32,1
35-44	21	38,9	33	61,1	54	100,0	22	40,7	32	59,3	54	100,0	13	24,1	17	31,5	24	44,4
45-54	13	19,7	53	80,3	66	100,0	10	15,2	56	84,8	66	100,0	10	15,2	13	19,7	43	65,2
55-64	9	34,6	17	65,4	26	100,0	9	34,6	17	65,4	26	100,0	8	30,8	4	15,4	14	53,8
65 ve üzeri	2	33,3	4	66,7	6	100,0	2	33,3	4	66,7	6	100,0	3	50,0	1	16,7	2	33,3
Toplam	81	37,0	138	63,0	219	100,0	73	33,3	146	66,7	219	100,0	52	23,7	60	27,4	107	48,9
Cinsiyet																		
Kız	46	37,7	76	62,3	122	100,0	41	33,6	81	66,4	122	100,0	27	22,1	35	28,7	60	49,2
Erkek	35	36,1	62	63,9	97	100,0	32	33,0	65	67,0	97	100,0	25	25,8	25	25,8	47	48,5
Toplam	81	37,0	138	63,0	219	100,0	73	33,3	146	66,7	219	100,0	52	23,7	60	27,4	107	48,9
Eğitim Düzeyi																		
Okuryazar değil	0	0	7	100	7	100,0	1	14,3	6	85,7	7	100,0	0	0	1	14,3	6	85,7
Okuryazar	1	7,1	13	92,9	14	100,0	1	7,1	13	92,9	14	100,0	1	7,1	2	14,3	11	78,6
İlkokul	15	30,6	34	69,4	49	100,0	12	24,5	37	75,5	49	100,0	11	22,4	15	30,6	23	46,9
Ortaokul	9	22,0	32	78,0	41	100,0	7	17,1	34	82,9	41	100,0	4	9,8	7	17,1	30	73,2
Lise mezunu	24	35,8	43	64,2	67	100,0	23	34,3	44	65,7	67	100,0	18	26,9	17	25,4	32	47,8
Yüksekokul/üniversite	32	78,0	9	22,0	41	100,0	29	70,7	12	29,3	41	100,0	18	43,9	18	43,9	5	12,2
Toplam	81	37,0	138	63,0	219	100,0	73	33,3	146	66,7	219	100,0	52	23,7	60	27,4	107	48,9
Ailenin gelir durumu																		
Çok iyi	8	66,7	4	33,3	12	100,0	6	50,0	6	50,0	12	100,0	5	41,7	3	25,0	4	33,3
İyi	33	42,9	44	57,1	77	100,0	29	37,7	48	62,3	77	100,0	23	29,9	19	24,7	35	45,5
Orta	38	30,6	86	69,4	124	100,0	37	29,8	87	70,2	124	100,0	24	19,4	36	29,0	64	51,6
Kötü	2	33,3	4	66,7	6	100,0	1	16,7	5	83,3	6	100,0	0	0	2	33,3	4	66,7
Toplam	81	37,0	138	63,0	219	100,0	73	33,3	146	66,7	219	100,0	52	23,7	60	27,4	107	48,9

Descriptive Statistic; Crosstab, Chi-Square, Bonferroni

Bireylerin egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatını okuması ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet ($p=0,805$) özelliği ile anlamlı fark olmadığı, yaş ($p<0,01$), eğitim düzeyi ($p<0,001$) ve aile gelir durumu ($p<0,05$) ile anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Yaş azaldıkça egzersiz öncesi kullanma talimatlarını okumanın arttığı, eğitim düzeyi ve ailenin gelir durumu yükseldikçe egzersiz öncesi kullanma talimatlarını okumanın arttığı bulunmuştur. Bonferroni analiz sonuçlarına göre; yaş özelliğinde 25-34 yaş arası bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, ailenin gelir durumu özelliğinde çok iyi gelir durumundaki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.2.6).

Bireylerin spor aletlerini üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanması ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,10$), cinsiyet ($p=0,923$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,31$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı, eğitim düzeyi ($p<0,001$) özelliği ile anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi yükseldikçe spor aletlerini üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanmanın da yükseldiği bulunmuştur. Bonferroni analiz sonuçlarına göre; eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.2.6).

Bireylerin spor aletleri üzerindeki talimatları yeterli bulması ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,052$), cinsiyet ($p=0,78$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,32$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı, eğitim düzeyi ($p<0,001$) özelliği ile anlamlı fark olduğu bulundu. Eğitim düzeyi yükseldikçe kullanma talimatlarını yeterli bulan kişilerin yüzdesi artmakta ve eğitim düzeyi yükseldikçe kullanma talimatlarını okumayanların yüzdesi azalmaktadır. Bonferroni analiz sonuçlarına göre; eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.2.6).

Tablo 4.2.7: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerinin Kullanımına Yönelik Düşünceleri ile Bazı Demografik Değişkenlerin Dağılımı

Yaş	Spor aletlerinin kullanımına yönelik düşünceleriniz nelerdir?		S.A. azılar küçük/silmiştir olduğu için okunmuyordu		S.A. açık alanda olması kullanımını kısıtlıyordu		S.A. kullanımına yönelik internette olumsuz bilgiler yer aldığı için tedirginlik yaratıyordu		S.A. Cinsiyete özgü olumsuz geri bildirimler olduğu için rahat hareket etmeyi kısıtladı		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
19-24	2	14,3	6	42,9	3	21,4	0	0	1	7,1	6	42,9	14	100,0
25-34	15	28,3	17	32,1	22	41,5	1	1,9	9	17,0	15	28,3	53	100,0
35-44	9	16,7	7	13,0	28	51,9	0	0	8	14,8	18	33,3	54	100,0
45-54	21	31,8	10	15,2	36	54,5	1	1,5	8	12,1	11	16,7	66	100,0
55-64	5	20,0	6	24,0	11	44,0	0	0	4	16,0	5	20,0	26	100,0
65 ve üzeri	0	0	2	33,3	3	50,0	0	0	0	0	1	16,7	6	100,0
Toplam	52		48		103		2		30		56		219	100,0
Cinsiyet														
Kız	22	18,0	29	23,8	68	55,7	2	1,6	20	16,4	24	19,7	122	100,0
Erkek	30	31,3	19	19,8	35	36,5	0	0	10	10,4	32	33,3	97	100,0
Toplam	52		48		103		2		30		56		219	100,0
Eğitim Düzeyi														
Okuryazar değil	1	14,	0	0	4	57,1	0	0	1	14,3	1	14,3	7	100,0
Okuryazar	4	28,6	3	21,4	4	28,6	0	0	0	0	3	21,4	14	100,0
İlkokul	10	20,4	7	14,3	29	59,2	0	0	6	12,2	12	24,5	49	100,0
Ortaokul	11	27,5	7	17,5	21	52,5	2	5,0	8	20,0	5	12,5	41	100,0
Lise mezunu	16	23,9	17	25,4	25	37,3	0	0	9	13,4	25	37,3	67	100,0
Yüksekokul/universite	10	24,4	14	34,1	20	48,8	0	0	6	14,6	10	24,4	41	100,0
Toplam	52		48		103		2		30		56		219	100,0
Ailenin gelir durumu														
Çok iyi	3	25,0	3	25,0	3	25,0	0	0	3	25,0	4	33,3	12	100,0
İyi	20	26,3	15	19,7	28	36,8	1	1,3	6	7,9	23	30,3	77	100,0
Orta	27	21,8	28	22,6	70	56,5	1	0,8	20	16,1	26	21,0	124	100,0
Kötü	2	33,3	2	33,3	2	33,3	0	0	1	16,7	3	50	6	100,0
Toplam	52		48		103		2		30		56		219	100,0

* Spor aletlerinin kullanımına yönelik düşünceleriniz nelerdir? sorusunda birden çok seçenek işaretlenebilmektedir. -Yüzdeler satır toplamlarına göre hesaplanmıştır. Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square

Bireylerin spor aletlerini kullanımına yönelik düşünceleri ile demografik özellikler arasındaki dağılım incelendiğinde, yaş, eğitim düzeyi, ailenin gelir durumu özelliğindeki dağılımların genel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmektedir. Cinsiyet özelliğindeki dağılımlar incelendiğinde, kadın bireylerin %16.4'ü (n=20), erkek bireylerin %10.4'ü (n=10) spor aletlerinin cinsiyete özgü olumsuz geri bildirimler olduğu için rahat hareket etmeyi kısıtladığını ifade etmişlerdir. Sonuçlara göre kadınlar erkeklere göre spor yaparken daha az rahat hareket edebildiği bulundu (Tablo 4.2.7).

Tablo 4.2.8: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerinin Kullanma Öncesi Yapılan Hazırlıklarla Kronik Rahatsızlık ve Bazı Demografik Değişkenlerin Dağılımı

Kronik Rahatsızlık	Spor aletlerini kullanmadan önce yaptığımız hazırlıklar nelerdir işaretleyiniz*																								
	İsıma egzersizle ri yaptım		Tanسیون umu ölçtüm		Kan şekeri kontrolü		Yemekten hemen sonra yapmaya		Aç olmamaya		Kendimi iyi hissetmiyorsam yapmamaya		Acil durumlar için Cep telefonumu yanına almaya		Egzersiz başlama ve bitirme sürelerine		Egzersiz aletlerinin üzerindeki uyarılara dikkat etmeye		Kendi sağlığma uygun olmayan aletleri kullanmamaya		Diğer		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Hipertansiyon	6	13.0	7	15.2	1	2.2	3	6.5	19	41.3	28	60.9	3	6.5	0	0	1	2.2	14	30.4	1	2.2	46	100.0	
Diyabet	1	4.3	3	13.0	4	17.4	3	13.0	12	52.2	10	43.5	2	8.7	1	4.3	1	4.3	12	52.2	1	4.3	23	100.0	
Astım	3	23.1	0	0	0	0	1	7.7	2	15.4	10	76.9	5	38.5	0	0	4	30.8	10	76.9	0	0	13	100.0	
Tiroid	1	4.3	3	13.0	4	17.4	3	13.0	12	52.2	10	43.5	2	8.7	1	4.3	1	4.3	12	52.2	1	4.3	23	100.0	
Kanser	5	45.5	0	0	0	0	4	36.4	2	18.2	7	63.6	4	36.4	1	9.1	3	27.3	3	27.3	0	0	11	100.0	
Kalp Hastalığı	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100	1	100	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	1	100.0	
Osteoporoz	8	40.0	1	5.0	0	0	1	5.0	7	35.0	6	30.0	1	5.0	0	0	0	0	7	35.0	1	5.0	20	100.0	
D Vitamin Eksikliği	2	25.0	0	0	0	0	3	37.5	1	12.5	5	62.5	4	50.0	0	0	1	12.5	5	62.5	0	0	8	100.0	
Ruhsal Rahatsızlık	6	42.9	1	7.1	0	0	3	21.4	2	14.3	6	42.9	2	14.3	2	14.3	2	14.3	7	50.0	0	0	14	100.0	
Bel Sorunu	16	29.1	3	5.5	0	0	7	12.7	29	52.7	25	45.5	8	14.5	3	5.5	3	5.5	21	38.2	0	0	55	100.0	
Eklem (Romatizmal Sorun)	12	33.3	3	8.3	0	0	4	11.1	12	33.3	12	33.3	6	16.7	3	8.3	3	8.3	15	41.7	1	2.8	36	100.0	
Böbrek Rahatsızlığı	1	16.7	1	16.7	0	0	0	0	3	50.0	4	66.7	0	0	0	0	0	0	4	66.7	0	0	6	100.0	
Şişmanlık	1	5.6	2	11.1	0	0	4	22.2	3	16.7	9	50.0	1	5.6	1	5.6	2	11.1	9	50.0	0	0	18	100.0	
Diğer	6	50.0	1	8.3	0	0	1	8.3	3	25.0	4	33.3	0	0	0	0	0	0	3	25.0	0	0	12	100.0	
Toplam	40	12	4	21	4	21	54	72	21	9	11	21	9	3	5.5	3	8.3	15	41.7	1	2.8	148			
Yaş																									
19-24	12	85.7	0	0	0	0	1	7.1	4	28.6	3	21.4	1	7.1	0	0	0	0	2	14.3	0	0	14	100.0	
25-34	24	45.3	1	1.9	0	0	6	11.3	21	39.6	16	30.2	8	15.1	7	13.2	6	11.3	14	26.4	1	1.9	53	100.0	
35-44	19	35.2	0	0	0	0	8	14.8	21	38.9	29	53.7	9	16.7	6	11.1	7	13.0	21	38.9	0	0	54	100.0	
45-54	12	18.2	10	15.2	2	3.0	10	15.2	29	43.9	36	54.5	6	9.1	4	6.1	2	3.0	20	30.3	0	0	66	100.0	

Tablo 4.2.8: Araştırmaya Katılan Bireylerin Spor Aletlerinin Kullanma Öncesi Yapılan Hazırlıklar ile Kronik Rahatsızlık ve Bazı Demografik Değişkenlerin Dağılımı (Devamı)

Yaş (Devamı)	Spor aletlerini kullanmadan önce yaptığınız hazırlıklar nelerdir işaretleyiniz*																							
	Isınma egzersizleri yaptım	Tansiyonumu ölçtüm	Kan şekeri kontrolü	Yemekten hemen sonra yapmaya	Aç olmamaya	Kendimi iyi hissetmiyorsam yapmamaya	Acil durumlar için Cep telefonumu yanına almaya	Egzersize başlama ve bitirme surelerine	Egzersiz aletlerinin üzerindeki uyarılara dikkat etmeye	Kendi sağlığıma uygun olmayan aletleri kullanmamaya	Diger	Toplam												
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%							
55-64	8	30.8	3	11.5	2	7.7	3	11.5	5	19.2	17	65.4	3	11.5	1	3.8	2	7.7	10	38.5	1	3.8	26	100.0
65 ve üzeri	2	33.3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	50.0	1	16.7	0	0	0	0	4	66.7	1	16.7	6	100.0
Toplam	77	14	4	28	80	104	28	18	17	18	17	71	3	219	100.0									
Cinsiyet																								
Kız	39	32.0	8	6.6	0	0	17	13.9	43	35.2	55	45.1	15	12.3	9	7.4	11	9.0	35	28.7	2	1.6	122	100.0
Erkek	38	39.2	6	6.2	4	4.1	11	11.3	37	38.1	49	50.5	13	13.4	9	9.3	6	6.2	36	37.1	1	1.0	97	100.0
Toplam	77	14	4	28	80	104	28	18	17	18	17	71	3	219	100.0									
Eğitim Düzeyi																								
Okuryazar değil	0	0	1	14.3	0	0	1	14.3	1	14.3	6	85.7	2	28.6	0	0	1	14.3	4	57.1	0	0	7	100.0
Okuryazar	3	21.4	3	21.4	0	0	0	0	5	35.7	2	14.3	1	7.1	0	0	0	0	1	7.1	1	7.1	14	100.0
İlkokul	13	26.5	3	6.1	1	2.0	8	16.3	18	36.7	28	57.1	7	14.3	5	10.2	4	8.2	20	40.8	1	2.0	49	100.0
Ortaokul	8	19.5	4	9.8	2	4.9	6	14.6	14	34.1	23	56.1	6	14.6	3	7.3	3	7.3	15	36.6	0	0	41	100.0
Lise mezunu	30	44.8	2	3.0	1	1.5	7	10.4	28	41.8	26	38.8	6	9.0	6	9.0	1	1.5	17	25.4	0	0	67	100.0
Yüksekokul/üniversite	23	56.1	1	2.4	0	0	6	14.6	14	34.1	19	46.3	6	14.6	4	9.8	8	19.5	14	34.1	1	2.4	41	100.0
Toplam	77	14	4	28	80	104	28	18	17	18	17	71	3	219	100.0									
Ailenin gelir durumu																								
Çok iyi	7	58.3	1	8.3	1	8.3	3	25.0	3	25.0	5	41.7	1	8.3	1	8.3	2	16.7	5	41.7	0	0	12	100.0
İyi	37	48.1	4	5.2	2	2.6	6	7.8	31	40.3	28	36.4	3	3.9	4	5.2	3	3.9	15	19.5	2	2.6	77	100.0
Orta	31	25.0	9	7.3	1	0.8	18	14.5	44	35.5	68	54.8	23	18.5	13	10.5	11	8.9	48	38.7	1	0.8	124	100.0
Kötü	2	33.3	0	0	0	0	1	16.7	2	33.3	3	50.0	1	16.7	0	0	1	16.7	3	50.0	0	0	6	100.0
Toplam	77	14	4	28	80	104	28	18	17	18	17	71	3	219	100.0									

* Birden çok seçenek işaretlenebilmektedir. – Yüzdeler satır toplamlarına göre hesaplanmıştır. Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square

Spor aletlerini kullanmadan önce yapılan hazırlıklar ile kronik rahatsızlıklar arasındaki dağılım incelendiğinde;-Hipertansiyonu olan bireylerin %15,2'si tansiyonunu ölçmüş, %60,9'u kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %30,4'ü kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış, %13,0'ü ısınma egzersizleri yaptığı,

-Diyabeti olan bireylerin %17,4'ü kan şekerini kontrol etmiş, %52,2'si aç olmamaya dikkat etmiş, %43,5'i kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %52,2'si kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış, %4,3'ü ısınma egzersizleri yaptığı,

-Astımı olan bireylerin %38,5'i acil durumlar için cep telefonunu yanına almıştır, %76,9'u kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %76,9'u kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış, %23,1'i ısınma egzersizleri yaptığı,

-Tiroid rahatsızlığı olan bireylerin %52,2'si aç olmamaya dikkat etmiş, %43,5'i kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %52,2'si kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış, %4,3'ü ısınma egzersizleri yaptığı,

-Osteoporozu olan bireylerin %30,0'u kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %35,0'i kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış, %40,0'ı ısınma egzersizleri yaptığı,

-Bel sorunu olan bireylerin %45,5'i kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %38,2'si kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış,%29,1'i ısınma egzersizleri yapmıştır. Eklem rahatsızlığı olan bireylerin %33,3'ü kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %41,7'si kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış, %33,3'ü ısınma egzersizleri yaptığı,

-Şişman olan bireylerin %16,7'si aç olmamaya dikkat etmiş, %22,2'si yemekten hemen sonra yapmaya, %50,0'si kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %50,0'si kendi sağlığına uygun olmayan aletleri kullanmamış,%5,6'sı ısınma egzersizleri yaptığı bulundu.

Tabloya bakıldığında, tansiyon ölçümü ve kan şekeri kontrolü yapan bireylerin çoğunluğunu 45 yaş ve üzeri kişilerin oluşturduğu, eğitim düzeyi yükseldikçe spor öncesi ısınma egzersizi yapan bireylerin yüzdesinin arttığı sonucu bulundu (Tablo 4.2.8).

Tablo 4.2.9: Araştırmaya Katılan Bireylerin Egzersiz Yapma Süresi ve Egzersiz Yapma Sıklığı İle Bazı Demografik Değişkenlerin İlişki Dağılımı

Yaş	Egzersiz yapma süreniz kaç dakikadır										Egzersiz yapma sıklığınız										P		
	0-19 dk		20-39 dk		40-59 dk		60 dk ve üzeri		Toplam		P		Haftada 1-2 gün		Haftada 3-4 gün		Haftada 5-6 gün		Haftanın her günü			Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%
19-24	8	57,1	5	35,7	1	7,1	0	0	14	100,0	11	78,6	3	21,4	0	0	0	0	0	0	14	100,0	
25-34	24	45,3	16	30,2	8	15,1	5	9,4	53	100,0	33	62,3	15	28,3	4	7,5	1	1,9	53	100,0			
35-44	23	42,6	20	37,0	9	16,7	2	3,7	54	100,0	33	61,1	15	27,8	4	7,4	2	3,7	54	100,0			
45-54	22	33,3	38	57,6	6	9,1	0	0	66	100,0	0,265	43	65,2	19	28,8	2	3,0	2	3,0	66	100,0	0,955	
55-64	12	46,2	8	30,8	6	23,1	0	0	26	100,0	20	76,9	4	15,4	1	3,8	1	3,8	26	100,0			
65 ve üzeri	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	6	100,0	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	6	100,0			
Toplam	94	42,9	88	40,2	30	13,7	7	3,2	219	100,0	145	66,2	57	26,0	11	5,0	6	2,7	219	100,0			
Cinsiyet																							
Kız	49	40,2	49	40,2	18	14,8	6	4,9	122	100,0	75	61,5	38	31,1	5	4,1	4	3,3	122	100,0			
Erkek	45	46,4	39	40,2	12	12,4	1	1,0	97	100,0	0,544	70	72,2	19	19,6	6	6,2	2	2,1	97	100,0	0,215	
Toplam	94	42,9	88	40,2	30	13,7	7	3,2	219	100,0	145	66,2	57	26,0	11	5,0	6	2,7	219	100,0			
Eğitim Düzeyi																							
Okuryazar değil	3	42,9	2	28,6	2	28,6	0	0	7	100,0	7	100	0	0	0	0	0	0	7	100,0			
Okuryazar	7	50,0	4	28,6	2	14,3	1	7,1	14	100,0	9	64,3	5	35,7	0	0	0	0	14	100,0			
İlkokul	24	49,0	17	34,7	7	14,3	1	2,0	49	100,0	29	59,2	16	32,7	1	2,0	3	6,1	49	100,0			
Ortaokul	11	26,8	26	63,4	3	7,3	1	2,4	41	100,0	0,182	27	65,9	11	26,8	3	7,3	0	0	41	100,0	0,351	
Lise mezunu	35	52,2	24	35,8	6	9,0	2	3,0	67	100,0	48	71,6	15	22,4	2	3,0	2	3,0	67	100,0			
Yüksekokul/üniver site	14	34,1	15	36,6	10	24,4	2	4,9	41	100,0	25	61,0	10	24,4	5	12,2	1	2,4	41	100,0			
Toplam	94	42,9	88	40,2	30	13,7	7	3,2	219	100,0	145	66,2	57	26,0	11	5,0	6	2,7	219	100,0			
Ailenin gelir durumu																							
Çok iyi	7	28,3	4	33,3	1	8,3	0	0	12	100,0	8	66,7	3	25,0	1	8,3	0	0	12	100,0			
İyi	37	48,1	28	36,4	7	9,1	5	6,5	77	100,0	58	75,3	16	20,8	2	2,6	1	1,3	77	100,0			
Orta	45	36,3	55	44,4	22	17,7	2	1,6	124	100,0	0,268	74	59,7	37	29,8	8	6,5	5	4,0	124	100,0	0,58	
Kötü	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	6	100,0	5	83,3	1	16,7	0	0	0	0	6	100,0			
Toplam	94	42,9	88	40,2	30	13,7	7	3,2	219	100,0	145	66,2	57	26,0	11	5,0	6	2,7	219	100,0			

–Yüzdeler satır toplamına göre hesaplanmıştır. Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square, Bonferroni

Bireylerin egzersiz yapma süresi ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,265$), cinsiyet ($p=0,544$), eğitim düzeyi ($p=0,182$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,268$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.2.9).

Bireylerin egzersiz yapma sıklığı ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,955$), cinsiyet ($p=0,215$), eğitim düzeyi ($p=0,351$) ve ailenin gelir durumu ($p=0,58$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.2.9).

Tablo 4.2.10: Araştırmaya Katılan Bireylerin Egzersiz Yaparken veya Sonrasında Yaşanan Sağlık Problemi ile Kronik Rahatsızlıkların Dağılımı

Egzersiz yaparken veya sonrasında yaşanan sağlık problemi

Kronik Rahatsızlık	Kalp ile ilgili ağrı		Tansiyon rahatsızlığı		Solunum sıkıntısı		Eklem Rahatsızlığı*		Baş dönmesi		Yorgunluk		Birden bire terleme ve bulantı		Kan şekeri düşmesi		Diğer		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hipertansiyon	0	0	0	0	1	16,7	5	83,3	1	16,7	3	50,0	0	0	0	0	1	16,7	6	100,0
Dişabet	0	0	0	0	1	20,0	1	20,0	0	0	2	40,0	0	0	1	20,0	0	0	5	100,0
Astım	0	0	1	14,3	2	28,6	4	57,1	1	14,3	3	42,9	0	0	0	0	0	0	7	100,0
Troid	0	0	0	0	1	20,0	1	20,0	0	0	2	40,0	0	0	1	20,0	0	0	5	100,0
Kanser	0	0	1	33,3	0	0	1	33,3	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	0	0	3	100,0
Kalp Hastalığı	0	0	0	0	0	0	1	100,0	0	0	1	100,0	1	100,0	0	0	0	0	1	100,0
Osteoporoz	1	16,7	1	16,7	0	0	0	0	0	0	4	66,7	0	0	0	0	0	0	6	100,0
D Vitamin Eksikliği	0	0	0	0	1	50,0	1	50,0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	100,0
Ruhsal Rahatsızlık	0	0	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	100,0
Eklem Rahatsızlığı**	0	0	0	0	2	14,3	11	78,6	0	0	6	42,9	0	0	0	0	2	14,3	14	100,0
Böbrek Rahatsızlığı	0	0	0	0	1	33,3	2	66,7	1	33,3	1	33,3	0	0	0	0	0	0	3	100,0
Şişmanlık	0	0	1	12,5	3	37,5	2	25,0	1	12,5	4	50,0	1	12,5	0	0	1	12,5	8	100,0
Diğer	2	50,0	1	25,0	0	0	0	0	1	25,0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	100,0
Toplam	3		4		5		12		3		10		2		1		2		42	

*Eklem Ağrısı ve Bel Ağrısı Toplamı, **Eklem(romatizmal) ile Bel sorunu toplamını ifade etmektedir. —Yüzdeler satır toplamlarına göre hesaplanmıştır.

Multiple Response Define group, Crosstabs

Kronik rahatsızlığı olan bireylerin egzersiz yaparken veya sonrasında yaşanan sağlık problemi arasındaki karşılaştırma dağılımına bakıldığında,

-Hipertansiyonu olan bireylerin %83,3'ü eklem rahatsızlığı, %50,0'si yorgunluk, %16,7'si solunum sıkıntısı, %16,7'si yorgunluk ve %16,7'sinin diğer sorunları yaşadığı sonucu bulundu.

-Diyabeti olan bireylerin %40,0'ı yorgunluk, %20,0'si solunum sıkıntısı, %20,0'si eklem rahatsızlığı ve %20,0'sinin kan şekeri düşmesi sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Astımı olan bireylerin %57,1'i eklem rahatsızlığı, %42,9'u yorgunluk, %28,6'sı solunum sıkıntısı, %14,3'ü tansiyon rahatsızlığı ve %14,3'ünün baş dönmesi sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Tiroid rahatsızlığı olan bireylerin %40,0'ı yorgunluk, %20,0'si solunum sıkıntısı, %20,0'si eklem rahatsızlığı ve %20,0'sinin kan şekeri düşmesi sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Kanser rahatsızlığı olan bireylerin %66,7'si yorgunluk, %33,3'ü tansiyon düşmesi, %33,3'ü eklem rahatsızlığı ve %33,3'ünün baş dönmesi sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Kalp hastalığı olan bireyin (n=1) birden bire terleme ve bulantı, yorgunluk ve eklem rahatsızlığı sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Osteoporoz rahatsızlığı olan bireylerin %66,7'si yorgunluk, %16,7'si kalp ile ilgili ağrı, %16,7'sinin tansiyon rahatsızlığı sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-D vitamini eksikliği olan bireylerden (n=2) birisi solunum sıkıntısı diğeri ise eklem rahatsızlığı sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin %33,3'ü tansiyon rahatsızlığı, %33,3'ü solunum sıkıntısı, %33,3'ünün yorgunluk sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Eklem rahatsızlığı olan bireylerin %78,6'sı eklem rahatsızlığı, %42,9'u yorgunluk, %14,3'ü solunum sıkıntısı ve %14,3'ünün diğer sorunları yaşadığı sonucu bulundu.

-Böbrek rahatsızlığı olan bireylerin %66,7'si eklem rahatsızlığı, %33,3'ü solunum sıkıntısı, %33,3'ü yorgunluk, %33,3'ünün baş dönmesi sorunu yaşadığı sonucu bulundu.

-Şişmanlık rahatsızlığı olan bireylerin %50,0'si yorgunluk, %37,5'i solunum sıkıntısı, %25,0'i eklem rahatsızlığı, %12,5'i tansiyon rahatsızlığı, %12,5'i baş dönmesi, %12,5'i birden bire terleme ve bulantı ve %12,5'inin diğer sorunları yaşadığı sonucu bulundu (Tablo 4.2.10).

Tablo 4.2.11: Araştırmaya Katılan Bireylerin Egzersiz Yapma Zamanı, Kiyafet Türü ve Ayakkabı Türü ile Bazı Demografik Değişkenlerin İlişki Dağılımı

Yaşınız	Egzersiz yapma zamanı										Kiyafet türü						Ayakkabı türü														
	06.00-07.59 arası		08.00-11.59 arası		12.00-15.59 arası		16.00-19.59 arası		20.00 dan sonra		Toplam		P		Spora uygun kiyafet**		Spora uygun olmayan kiyafet***		Toplam		P		Spora uygun ayakkabı*		Spora uygun olmayan ayakkabı**		Toplam		P		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
19-24	0	0	0	0	1	7.1	4	28.6	9	64.3	14	100	12	85.7	2	14.3	14	100	10	71.4	4	28.6	14	100	10	71.4	4	28.6	14	100	
25-34	6	11.3	3	5.7	3	5.7	13	24.5	28	52.8	53	100	46	86.8	7	13.2	53	100	35	66.0	18	34.0	53	100	35	66.0	18	34.0	53	100	
35-44	6	11.1	3	5.6	7	13.0	14	25.9	24	44.4	54	100	34	63.0	20	37.0	54	100	28	51.9	26	48.1	54	100	28	51.9	26	48.1	54	100	
45-54	6	9.1	2	3.0	14	21.2	17	25.8	27	40.9	66	100	39	59.1	27	40.9	66	100	26	39.4	40	60.6	66	100	26	39.4	40	60.6	66	100	
55-64	5	19.2	2	7.7	4	15.4	5	19.2	10	38.5	26	100	19	73.1	7	26.9	26	100	12	46.2	14	53.8	26	100	12	46.2	14	53.8	26	100	
65 ve üzeri	0	0	0	0	2	33.3	4	66.7	0	0	6	100	2	33.3	4	66.7	6	100	1	16.7	5	83.3	6	100	1	16.7	5	83.3	6	100	
Toplam	23	10.5	10	4.6	31	14.2	57	26.0	98	44.7	219	100	152	69.4	67	30.6	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	
Cinsiyetiniz																															
Kız	11	9.0	5	4.1	27	22.1	32	26.2	47	38.5	122	100	81	66.4	41	33.6	122	100	57	46.7	65	53.3	122	100	57	46.7	65	53.3	122	100	
Erkek	12	12.4	5	5.2	4	4.1	25	25.8	51	52.6	97	100	71	73.2	26	26.8	97	100	55	56.7	42	43.3	97	100	55	56.7	42	43.3	97	100	
Toplam	23	10.5	10	4.6	31	14.2	57	26.0	98	44.7	219	100	152	69.4	67	30.6	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	
Eğitim Düzeyi																															
Okuryazar değil	1	14.3	0	0	2	28.6	2	28.6	2	28.6	7	100	2	28.6	5	71.4	7	100	0	0	7	100	7	100	0	0	7	100	7	100	
Okuryazar	1	7.1	2	14.3	0	0	5	35.7	6	42.9	14	100	11	78.6	3	21.4	14	100	8	57.1	6	42.9	14	100	8	57.1	6	42.9	14	100	
İlkokul	6	12.2	1	2.0	18	36.7	13	26.5	11	22.4	49	100	21	42.9	28	57.1	49	100	17	34.7	32	65.3	49	100	17	34.7	32	65.3	49	100	
Ortaokul	5	12.2	3	7.3	7	17.1	9	22.0	17	41.5	41	100	27	65.9	14	34.1	41	100	16	39.0	25	61.0	41	100	16	39.0	25	61.0	41	100	
Lise mezunu	7	10.4	3	4.5	2	3.0	18	26.9	37	55.2	67	100	57	85.1	10	14.9	67	100	41	61.2	26	38.8	67	100	41	61.2	26	38.8	67	100	
Yüksekokul/üniversite	3	7.3	1	2.4	2	4.9	10	24.4	25	61.0	41	100	34	82.9	7	17.1	41	100	30	73.2	11	26.8	41	100	30	73.2	11	26.8	41	100	
Toplam	23	10.5	10	4.6	31	14.2	57	26.0	98	44.7	219	100	152	69.4	67	30.6	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	
Ailenin gelir durumu																															
Çok iyi	1	8.3	0	0	1	8.3	1	8.3	9	75.0	12	100	10	83.3	2	16.7	12	100	9	75.0	3	25.0	12	100	9	75.0	3	25.0	12	100	
İyi	5	6.5	4	5.2	5	6.5	16	20.8	47	61.0	77	100	62	80.5	15	19.5	77	100	39	50.6	38	49.4	77	100	39	50.6	38	49.4	77	100	
Orta	15	12.1	6	4.8	25	20.2	39	31.5	39	31.5	124	100	75	60.5	49	39.5	124	100	59	47.6	65	52.4	124	100	59	47.6	65	52.4	124	100	
Kötü	2	33.3	0	0	0	0	1	16.7	3	50.0	6	100	5	83.3	1	16.7	6	100	5	83.3	1	16.7	6	100	5	83.3	1	16.7	6	100	
Toplam	23	10.5	10	4.6	31	14.2	57	26.0	98	44.7	219	100	152	69.4	67	30.6	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	112	51.1	107	48.9	219	100	

*Spor Ayakkabısı, **Yürüyüş ayakkabısı, Düz Taban, Terlik, Diğer

Eşofman, *Kumaş Pantolon, Kot, Pantolon, Etek, Diğer

-Yüzdeler satır toplamına göre hesaplanmıştır. Descriptive Statistic, Crosstab, Chi-Square, Bonferroni

Bireylerin egzersiz yapma zamanı ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p=0,297$) özelliği ile anlamlı fark olmadığı, cinsiyet ($p<0,01$), eğitim düzeyi ($p<0,001$), ailenin gelir durumu ($p<0,01$) özellikleri ile anlamlı fark olduğu bulundu. Cinsiyete göre, saat 12 ile 15.59 arasında kız bireylerin daha çok spor yaptığı, saat 20.00'den sonra erkek bireylerin daha çok spor yaptıkları sonucu bulundu. Eğitim düzeyine göre, saat 12 ile 15.59 arasında eğitim düzeyi düşük bireylerin yüksek olan bireylere göre spor aletlerini kullanma yüzdesi daha fazladır. Ailenin gelir durumuna göre, orta gelir seviyesindeki bireylerin çoğunluğunun saat 20.00'den önce spor yaptıkları, gelir düzeyi iyi ve çok iyi olan bireylerin çoğunluğunun saat 20.00'den sonra spor yaptığı bulundu. Bonferroni analiz sonuçlarına göre; eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, ailenin gelir durumu özelliğinde iyi gelir durumundaki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.2.11).

Bireylerin spor yaparken giydiği kıyafet türü ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ($p<0,001$), cinsiyet ($p<0,001$), eğitim düzeyi ($p<0,001$) ve ailenin gelir durumu ($p<0,05$) özellikleri ile anlamlı fark olduğu bulundu. Yaşa göre, yaş değeri azaldıkça spora uygun kıyafet tercihi yüzdesi artmaktadır. Cinsiyete göre, erkekler kadınlara göre spora uygun kıyafet giymeyi daha çok tercih ediyor. Eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi yükseldikçe spora uygun kıyafet giyme yüzdesinde artış olmaktadır. En yüksek yüzdeleri lise (%85,1) ve yüksekokul mezunları (%82,9) bireyler oluşturmaktadır. Ailenin gelir durumuna göre, orta seviye aile bireyleri (%60,5) ile iyi (%80,5) ve çok iyi (%83,3) aile seviyeleri karşılaştırıldığında, gelir seviyesi yüksek olan ailelerin spora uygun kıyafet tercih yüzdeleri daha fazladır. Bonferroni analiz sonuçlarına göre; yaş özelliğinde 19-24 ve 25-34 yaş arası bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, cinsiyet özelliğinde erkek bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite ve lise mezunu düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, ailenin gelir durumu özelliğinde iyi gelir durumundaki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu (Tablo 4.2.11).

Bireylerin spor yaparken giydiği ayakkabı türü ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, ailenin gelir durumu ($p=0,091$) özelliği ile anlamlı fark olmadığı, yaş ($p<0,001$), cinsiyet ($p<0,05$), eğitim düzeyi ($p<0,001$) özellikleri

ile anlamlı fark olduğu bulundu. Yaşa göre, yaş değeri azaldıkça spora uygun ayakkabı tercih yüzdesi artmaktadır, en yüksek yüzdeyi (%71,4) en düşük yaş aralığı olan 19-24 yaşındaki bireyler oluşturmaktadır. Cinsiyete göre, erkek bireylerin (%56,7) kız bireylere (%46,7) göre spora uygun ayakkabı giyme yüzdesi daha fazladır. Eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi yükseldikçe spora uygun ayakkabı giyme yüzdesi artmaktadır. En yüksek yüzdeyi (%73,2) yüksekokul eğitim düzeyinde olan bireyler oluşturmaktadır. Bonferroni analiz sonuçlarına göre; yaş özelliğinde 19-24 ve 25-34 yaş arası bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, cinsiyet özelliğinde erkek bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı, eğitim düzeyi özelliğinde yüksekokul/üniversite düzeyindeki bireylerin anlamlılık düzeyini artırdığı bulundu.

4.3.Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Araştırma kapsamına alınan bireylerin Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine göre toplam puanı Medyan (Min-Max) 32,29 (5,73-50,00) 'dur (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.1:Türkiye sağlık okuryazarlığı (TSOY) -32 ölçeği toplam puan ortalaması ve dağılımı (n=219)

TSOY-32	Median	Minimum	Maximum	Standart Sapma
Toplam ölçek puanı	32,29	5,73	50,0	11,03

Tablo 4.3.2:Araştırmaya Katılan Bireylerin Tsoy-32 Sağlık Okuryazarlığı Algısını Ölçen Soruların Tanımsal Dağılımı

	Çok kolay n(%)	Kolay n(%)	Zor n(%)	Çok zor n(%)	Fikrim yok n(%)
1.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulma	53(24,2)	82(37,4)	43(19,6)	26(11,9)	15(6,8)
2.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	65(29,7)	64(29,2)	45(20,5)	31(14,2)	14(6,4)
3.Sağlığınızla ilgili bir şikâyetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	43(19,6)	55(25,1)	86(39,3)	26(11,9)	9(4,1)
4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	58(26,5)	67(30,6)	58(26,5)	30(13,7)	6(2,7)
5.Bir sağlık kuruluşuna gittiğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	68(31,1)	68(31,1)	50(22,8)	29(13,2)	4(1,8)
6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	72(32,9)	45(20,5)	24(11,0)	46(21,0)	32(14,6)
7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	40(18,3)	54(24,7)	60(27,4)	42(19,2)	23(10,5)
8.Doktorunuzun hastalığınız ile ilgili açıklamalarını anlamak	46(21,0)	77(35,2)	63(28,8)	26(11,9)	7(3,2)
9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	37(16,9)	67(30,6)	60(27,4)	29(13,2)	26(11,9)
10.Sağlıkçıların (doktor, eczacı) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	88(40,2)	91(41,6)	29(13,2)	8(3,7)	3(1,4)

Tablo 4.3.2: Araştırmaya Katılan Bireylerin Tsoy-32 Sağlık Okuryazarlığı Algısını Ölçen Soruların Tanımsal Dağılımı (Devamı)

	Çok kolay n(%)	Kolay n(%)	Zor n(%)	Çok zor n(%)	Fikrim yok n(%)
11.İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak	60(27,4)	82(37,4)	56(25,6)	10(4,6)	11(5,0)
12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	34(15,5)	77(35,2)	60(27,4)	30(13,7)	18(8,2)
13.Tahlil/tetikik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	68(31,1)	87(39,7)	49(22,4)	12(5,5)	2(0,9)
14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi)yerini arayıp bulmak	68(31,1)	81(37,0)	54(24,7)	15(6,8)	1(0,5)
15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu) ne yapabileceğine karar vermek	57(26,0)	65(29,7)	59(26,9)	30(13,7)	8(3,7)
16.gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	89(40,6)	78(35,6)	38(17,4)	9(4,1)	5(2,3)
17. Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	53(24,2)	69(31,5)	69(31,5)	26(11,9)	2(0,9)
18. Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	46(21,0)	63(28,8)	56(25,6)	40(18,3)	14(6,4)
19.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınıza için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	51(23,3)	91(41,6)	58(26,5)	15(6,8)	4(1,8)
20.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	42(19,2)	64(29,2)	40(18,3)	41(18,7)	32(14,6)
21. Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	55(25,1)	84(38,4)	48(21,9)	22(10,0)	10(4,6)
22.Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	35(16,0)	71(32,4)	41(18,7)	45(20,5)	27(12,3)
23.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	41(18,7)	92(42,0)	48(21,9)	28(12,8)	10(4,6)
24.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	28(12,8)	60(27,4)	67(30,6)	45(20,5)	19(8,7)
25.Gıda ambalajları üzerinde sağlığınıza etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	39(17,8)	67(30,6)	68(31,1)	31(14,2)	14(6,4)
26.Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	48(21,9)	93(42,5)	46(21,0)	12(5,5)	20(9,1)
27.Yaşadığımız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	36(16,4)	70(32,0)	68(31,1)	17(7,8)	28(12,8)
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınıza etkilediğini değerlendirmek	47(21,5)	94(42,9)	46(21,0)	20(9,1)	12(5,5)
29.Sağlığınıza için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	28(12,8)	56(25,6)	65(29,7)	62(28,3)	8(3,7)
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	37(16,9)	66(30,1)	61(27,9)	47(21,5)	8(3,7)
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	45(20,5)	72(32,9)	58(26,5)	27(12,3)	17(7,8)
32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	39(17,8)	69(31,5)	47(21,5)	24(11,0)	40(18,3)

Araştırmaya dahil edilen bireylerin ölçek maddelerine verdikleri cevapların frekans ve dağılımları gösterilmiştir (Tablo 4.3.2).

4.3.1. Güvenirlik Analizi

Anket çalışmalarında güvenirlik analizi yapılan bu saha çalışmasının ne derece güvenli bir şekilde yapıldığını, ankete katılan bireylerin soruları okuyup doğru şekilde cevap verip vermediklerini ortaya koyan bir analizdir (Yıldız, 2017). Güvenirlik analizi aynı zamanda amaçlanan şekilde anket soruların algılanıp algılanmadığını ölçmeyi amaçlıdır. Çalışmada veri toplamak için kullanılan anket formu yedi bölümden oluşmaktadır.

Geniş bir yelpazede veri toplamayı amaçlayan anketi iki temel bölümde özetlenebilir. Bu dağılımlar demografik değişkenlerin yanında spor ve sağlık durumları ile ilgili 48 sorudan oluşan kategorik değişkenler ile sağlık okuryazarlığının algı düzeylerini ölçmek için 32 Likert ölçekli sorularla birlikte toplam 80 sorudan meydana gelmektedir. Güvenirlik analizlerinde Cronbach Alpha katsayı 0.80-1.00 değer arasında olması ölçeğin “yüksek güvenirlikte” olduğunu, 0.60-0.79 değer arasında çıkması ölçeğin “oldukça güvenilir” olduğunu, 0.40-0.59 değer arasında çıkmış olması ise ölçeğin “düşük güvenilrlikte” olduğunu ve son olarak 0.40’dan daha düşük bir değer çıkması durumunda ölçek “güvenilir olmadığını” ifade etmektedir (Güneş, 2016).

Tablo 4.3.3: Güvenirlik Analizi

Güvenirlik Analizi	n	%
Tsoy-32 Güvenirlik Analizi		
Cronbach's Alpha	32	0.982
Cronbach's Alpha Based on StandardizedItems	32	0.983

Tablo 4.3.4: Tüm Değişkenlerin Güvenirlik Analiz Sonuçlarının Dağılımı

	Item-Total Statistics		
	ScaleMeanifItemDeleted	ScaleVarianceifItemDeleted	CorrectedItem-Total Correlation
TSOY1	76.53	803.098	.749
TSOY2	76.55	794.479	.843
TSOY3	76.37	807.276	.761
TSOY4	76.57	803.444	.799
TSOY5	76.69	801.910	.831
TSOY6	76.29	781.506	.852
TSOY7	76.15	794.301	.829
TSOY8	76.52	802.665	.849
TSOY9	76.21	795.077	.827
TSOY10	77.09	822.065	.617
TSOY11	76.71	802.262	.847
TSOY12	76.29	800.181	.812
TSOY13	76.89	812.738	.778
TSOY14	76.85	810.230	.811
TSOY15	76.54	799.752	.837
TSOY16	77.02	813.668	.712
TSOY17	76.60	810.721	.743
TSOY18	76.33	795.015	.860
TSOY19	76.71	808.234	.839
TSOY20	76.13	786.660	.872
TSOY21	76.63	803.691	.794
TSOY22	76.13	789.449	.877
TSOY23	76.51	805.246	.783
TSOY24	76.08	802.233	.778
TSOY25	76.33	803.907	.767
TSOY26	76.56	805.178	.726
TSOY27	76.25	796.150	.825
TSOY28	76.59	804.206	.794
TSOY29	76.09	814.956	.614
TSOY30	76.28	805.910	.750
TSOY31	76.39	796.231	.853
TSOY32	76.13	795.891	.738

Cronbach Alpha katsayı ile yapılan güvenirlilik analizi sonucunda ölçeğimizin 0.982 kat sayısı ile yüksek güvenirlilikte olduğu bulundu (Tablo 4.3.3).

4.3.2. Katılımcıların Kişisel Bilgi Formuna Ait Verileri ile Tsoy-32 Ölçek İndeksinin Karşılaştırılması

Tablo 4.3.5: Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçek İndeksinin Demografik Değişkenler ile Karşılaştırılması

TSOY-32	n	%	Median	Minimum	Maksimum	P
*Yaş Düzeyleri						
1-19- 24	14	6,4	34,11	27,08	50,00	
2 -25-34	53	24,2	35,94	18,23	50,00	<0,001
3 -35-44	54	24,7	30,47	11,46	50,00	
4 -45-54	66	30,1	22,40	5,73	50,00	
5 -55-64	26	11,9	23,70	13,02	50,00	
6 -65 ve üzeri	6	2,7				
Cinsiyet						
Kadın	122	55,7	32,29	5,73	50,00	0,631
Erkek	97	44,3	32,29	7,29	50,00	
Yaşanılan yer						
Mehmet Akif Mahallesi	63	28,8	27,34	15,10	50,00	
Doğu kent mahallesi	51	23,3	33,33	5,73	50,00	0,495
Haydar bey mahallesi	54	24,7	32,03	7,81	50,00	
Akif İnan Mahallesi	51	23,3	33,33	7,29	50,00	
Eğitim durumu						
Okuryazar değil	7	3,2	15,37	7,81	26,04	
Okuryazar	0	0,0	25,52	12,50	36,98	
İlkokul	14	6,4	19,79	5,73	45,31	<0,001
Ortaokul	49	22,4	21,87	7,81	48,44	
Lise mezunu	41	18,7	34,37	20,00	50,00	
Yüksekokul/üniversite	67	30,6	45,31	19,79	50,00	
Medeni durum						
Evli	182	83,1	31,77	5,73	50,00	0,571
Bekar	29	13,2	38,02	19,79	50,00	
Diğer	8	3,7	34,37	16,67	50,00	
Sosyal güvence						
Var	193	88,1	31,77	5,73	50,00	0,004
Yok	26	11,9	35,41	18,75	50,00	
Aile tipi						
Çekirdek aile	161	73,5	33,33	5,73	50,00	
Geniş aile	50	22,8	27,08	7,29	50,00	0,024
Parçalanmış	8	3,7	32,81	16,67	50,00	
Gelir durumu						
Çok iyi	18	5,3	33,33	21,88	42,71	
İyi	82	24,0	34,37	8,85	50,00	0,001
Orta	218	63,9	28,64	5,73	50,00	
Kötü	23	6,7	17,44	13,02	39,06	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Crosstabss

Tablo 4.3.5: Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçek İndeksinin Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması (Devamı)

TSOY-32	n	%	Median	Minimum	Maksimum	P
Mesleği						
Çalışmıyor	102	46.6	31,77	5,73	50,00	
İşçi	41	18.7	29,68	7,81	50,00	
Memur	27	12.3	41,14	31,77	50,00	<0,001
Serbest meslek	17	7.8	33,85	12,50	50,00	
Emekli	25	11.4	23,43	7,29	42,19	
Diğer	7	3.2	29,68	15,10	50,00	
Sigara Kullanımı						
Evet	86	39.3	34,37	7,81	50,00	
Hayır	133	60.7	29,16	5,73	50,00	0,002
Kronik rahatsızlık						
Evet	148	67.6	31,25	5,73	50,00	0,005
Hayır	71	32.4	33,33	11,46	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Crosstabss

TSOY-32 indeksi ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, cinsiyet ($p=0,631$), yaşanılan yer ($p=0,495$) ve medeni durum ($p=0,571$) özellikleri ile anlamlı fark olmadığı, yaş ($p<0,001$), eğitim durumu ($p<0,001$), sosyal güvence ($p<0,01$), aile tipi ($p<0,05$), gelir durumu ($p<0,01$), mesleği ($p<0,001$), sigara kullanımı ($p<0,01$) ve kronik rahatsızlık ($p<0,01$) özellikleri ile anlamlı fark olduğu bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireylerin yaş düzeyleri incelendiğinde, 6. yaş grubunda ($n=6$) sayısı yeterli olmadığı için bu grup karşılaştırmaya dahil edilememektedir. 1-5 grupları arasında ($p<0,001$) anlamlı fark olduğu için gruplar ikili olarak karşılaştırılır. 1. ve 3. gruplar ($p<0,05$) arasında, 1. ve 4. gruplar ($p<0,01$) arasında, 1. ve 5. gruplar ($p<0,01$), 2. ve 3. gruplar ($p<0,001$) arasında, 2. ve 4. gruplar ($p<0,001$) arasında, 2. ve 5. gruplar ($p<0,001$) arasında, 3. ve 4. gruplar ($p<0,01$) arasında, 3. ve 5. gruplar ($p<0,05$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır. Genel olarak bireylerin yaşı azaldıkça TSOY-32 ölçek puanı arttığı bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireylerin eğitim durumu ($p<0,001$) incelendiğinde, en yüksek ölçek puanı 45,31 ($\max=50,00$) ile yüksekokul/üniversite mezunu bireylere ait olduğu bulunmuştur. Yüksekokul/üniversite mezunu bireyler ile diğer eğitim durumlarındaki bireyler ($p<0,001$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır. Genel

olarak bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe TSOY-32 ölçek puanı arttığı bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireylerin sosyal güvence durumu ($p<0,01$) incelendiğinde, sosyal güvencesi olmayan bireylerin (35,41) sosyal güvencesi olan bireylere (31,77) göre TSOY-32 ölçek puanı daha fazla bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireyler aile tipine göre ($p<0,05$) incelendiğinde, çekirdek aile ile geniş aile ($p<0,01$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır (Tablo 4.3.5).

Bireylerin gelir durumu ($p<0,01$) incelendiğinde, iyi ile orta durumda olan bireyler ($p<0,001$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireylerin mesleğine göre ($p<0,001$) incelendiğinde, en yüksek ölçek puanı 41,14 ($\text{max}=50,00$) ile memur bireylere ait olduğu bulunmuştur. Memur ile çalışmayan bireyler ($p<0,001$), memur ile işçi bireyler ($p<0,001$), memur ile serbest meslek sahibi bireyler ($p<0,05$), memur ile emekli bireyler ($p<0,001$) ve memur ile diğer meslek sahibi bireyler ($p<0,05$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark bulunmuştur. Serbest meslek ile emekli bireyler ($p<0,05$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireyler sigara kullanımına göre ($p<0,01$) incelendiğinde, sigara kullanan bireylerin (34,37) sigara kullanmayan bireylere (29,16) göre TSOY-32 ölçek puanı daha fazla bulundu (Tablo 4.3.5).

Bireyler kronik rahatsızlık durumuna göre ($p<0,01$) incelendiğinde, kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin (33,33) kronik rahatsızlığı olan bireylere (31,25) göre TSOY-32 ölçek puanı daha fazla bulundu (Tablo 4.3.5).

Tablo 4.3.6: Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçek İndeksinin Spor Aletlerini Kullanmaya Yönelik Karar Verme Süreci ve Spor Aletlerini Kullanma Durumuna Ait Özellikler ile Karşılaştırılması

TSOY-32	n	%	Median	Minimum	Maksimum	P
Spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdiniz?						
Sağlık çalışanı tavsiyesi	15	6,9	29,68	11,46	49,48	
Arkadaş tavsiyesi	29	13,2	31,25	5,73	47,92	
Kendi gözlemlerim	102	46,6	32,81	10,94	50,00	0,505
Tesadüf eseri	51	23,3	32,29	7,81	50,00	
Diğer	22	10,0	33,59	15,10	48,44	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktorunuza danıştınız mı?						
Evet	21	9,6	35,41	12,50	50,00	0,075
Hayır	198	90,4	32,29	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Parklardaki spor aletlerini düzenli olarak kullanıyor musunuz?						
Evet	69	31,5	33,85	11,46	50,00	0,015
Hayır	150	68,5	31,77	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Spor aletlerini düzenli olarak kullanmıyorsanız nedeni						
Evime uzak	23	13,4	34,37	15,10	50,00	
Aletlerin sayısı yetersiz	60	35,1	32,03	7,81	50,00	0,214
Bu aletlerin sağlığı olumsuz etkilemesi	9	5,3	29,16	18,23	41,67	
Diğer	79	46,2	27,86	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Crosstabss

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerini kullanmaya karar verme durumu ($p=0,505$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark yoktur (Tablo 4.3.6).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerini kullanmadan önce doktora danışma durumu ($p=0,075$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark yoktur (Tablo 4.3.6).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile parklardaki spor aletlerini düzenli olarak kullanma durumu ($p<0,05$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Spor aletlerini düzenli olarak kullanan bireylerin (33,85) düzenli olarak kullanmayan bireylere (31,77) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.6).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerini düzenli olarak kullanmama nedeni ($p=0,214$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.3.6).

Tablo 4.3.7: Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçek İndeksinin Spor Aletleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Spor Aletlerini Kullanmadan Önceki Hazırlıklarına Yönelik Veriler ile Karşılaştırılması

TSOY-32	n	%	Median	Minimum	Maksimum	P
Spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyiniz						
Çok iyi biliyorum	14	6,4	48,17	18,75	50,00	
İyi biliyorum	42	19,2	35,93	12,50	50,00	
Orta derecede biliyorum	89	40,6	33,33	7,29	50,00	<0,001
Az biliyorum	58	26,5	22,91	5,73	39,58	
Hiç bilmiyorum	16	7,3	25,52	13,02	46,35	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Egzersiz öncesi kullanacağınız araçların kullanma talimatlarını okudunuz mu?						
Evet	81	37,0	35,93	11,46	50,00	<0,001
Hayır	138	63,0	29,16	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Spor aletleri üzerinde yazılan talimatları yeterli buluyor musunuz?						
Evet	52	23,7	35,15	11,46	50,00	
Hayır	60	27,4	33,33	15,10	50,00	<0,001
Okumadım	107	48,9	29,16	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Spor aletleri üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek mi kullandınız						
Evet	73	33,3	35,93	11,46	50,00	<0,001
Hayır	146	66,7	29,16	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Egzersiz yapma zamanı						
06.00-07.59 arası	23	10,5	33,33	13,02	50,00	
08.00-11.59 arası	10	4,6	31,51	17,71	48,44	
12.00-15.59 arası	31	14,2	19,53	5,73	49,48	<0,001
16.00-19.59 arası	57	26,0	33,33	11,46	50,00	
20.00 dan sonra	98	44,7	33,33	7,29	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Ayakkabı türü						
Spora Uygun Ayakkabı*	112	51,1	33,33	7,29	50,00	0,011
Spora Uygun Olmayan Ayakkabı**	107	48,9	29,94	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	
Kıyafet türü						
Spora Uygun Kıyafet***	152	69,4	33,33	7,29	50,00	0,023
Spora Uygun Olmayan Kıyafet****	67	30,6	28,64	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	

*Spor Ayakkabı, **Yürüyüş Ayakkabısı, Düz Taban, Terlik, Diğer***Eşofman, ****Kumaş Pantolon, Kot Pantolon, Etek, Diğer

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Crosstabss

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyleri ($p<0,001$) incelendiğinde, en yüksek ölçek puanı 48,17(max=50,00) ile çok iyi bilen bireylere ait olduğu bulunmuştur. Genel olarak bilgi düzeyi yükseldikçe TSOY-32 ölçek puanı da yükseldiği bulundu (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatlarını okuma durumu ($p<0,001$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Egzersiz öncesi kullanma talimatlarını okuyan bireylerin (35,93)

okumayan bireylere (29,16) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletleri üzerinde yazılan talimatları yeterli bulma durumu ($p<0,001$) incelendiğinde, yeterli bulan ile okumayan bireyler ($p<0,001$) ve yeterli bulmayanlar ile okumayan bireyler ($p<0,01$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerini üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanma durumu ($p<0,001$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Spor aletleri üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanan bireylerin (35,93) dikkat etmeden kullanan bireylere (29,16) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz yapma sıklığı arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,735$) (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz yapma süresi arasında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,465$) (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz yapma zamanı arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$). 12.00-15.59 arası ile diğer egzersiz yapma saatleri arasında ($p<0,001$) TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile ayakkabı türü ($p<0,05$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Spora uygun ayakkabı giyen bireylerin (33,33) uygun ayakkabı giymeyen bireylere (29,94) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.7).

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile kıyafet türü ($p<0,05$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Spora uygun kıyafet giyen bireylerin (33,33) uygun kıyafet giymeyen bireylere (28,64) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 4.3.7).

Tablo 4.3.8: TSOY-32 Ölçek İndeksinin Katılımcıların Kendi İfadesine Göre Spor Aletlerinin Kullanımının Kendi Sağlığına Etkileri ile Karşılaştırılması

Egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşadınız mı?

TSOY-32	n	%	Median	Minimum	Maksimum	P
Evet	31	14,2	34,37	15,10	50,00	0,301
Hayır	188	85,8	32,29	5,73	50,00	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Crosstabss

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşama durumu($p=0,301$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4.3.8).

Tablo 4.3.9: Araştırmaya Katılan Bireylerin TSOY-32 Ölçek İndeksinin Egzersiz Sonrası Dikkat Ettikleri Durumlara Yönelik Veriler ile Karşılaştırılması

Egzersiz Sonrası Dikkat Ettiğiniz Durumlar Nelerdir

TSOY-32	n	%	Median	Minimum	Maksimum	P
Egzersiz Sonrası Soğuma Hareketleri Yapmaya	39	17,8	39,06	14,06	50,00	
Egzersiz İçin Ayırdığım Süreyi Aşmamaya	29	13,2	32,29	7,81	42,71	<0,001
Egzersiz Sonrası Bir Şey Yapmadım	143	65,3	30,72	5,73	50,00	
Diğer	8	3,7	28,38	23,44	43,75	
Toplam	219	100,0	32,29	5,73	50,00	

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, Crosstabss

Bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz sonrası dikkat ettiği durumlar ($p<0,001$) incelendiğinde, en yüksek ölçek puanı 39,06(max=50,00) ile egzersiz sonrası soğuma hareketi yapan bireylere ait olduğu bulundu. Egzersiz sonrası soğuma hareketi yapan bireyler ile süresini aşmamaya dikkat eden bireyler ($p<0,001$), soğuma hareketi yapan bireyler ile bir şey yapmayan bireyler ($p<0,001$) ve soğuma hareketi yapan bireyler ile diğer durumlara dikkat eden bireyler ($p<0,05$) arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır (Tablo 4.3.9).

Tablo 4.3.10: Matris Bileşenlerinde SOY Kategorilerinin Sıklık Dağılımı

TSOY-32	Sağlık Okuryazarlığı Sıklığı									
	Genel		Bilgiye ulaşma		Bilgiyi anlama		Bilgiyi değerlendirme		Bilgiyi kullanma	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yetersiz	71	32,5	81	37,0	75	34,2	75	34,2	79	36,1
Sorunlu- Sınırlı	45	20,5	33	15,1	29	13,3	52	23,7	35	16,0
Yeterli	66	30,1	67	30,6	72	32,9	58	26,5	62	28,3
Mükemmel	37	16,9	38	17,4	43	19,6	34	15,5	43	19,6
Toplam	219	100,0	219	100,0	219	100,0	219	100,0	219	100,0

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney

Bireylerin %32,5'i yetersiz, %20,5'i sorunlu-sınırlı, %30,1'i yeterli ve %16,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığında olduğu bulundu. Araştırmamızda oluşturulan matris bileşenlerinde soy kategorilerinin sıklık dağılımına bakıldığında, bireylerin bilgiye ulaşım boyutunda %37'si yetersiz, %15,1'i sorunlu-sınırlı, %30,6'sı yeterli ve %17,4'ü mükemmel, bilgiyi anlama boyutunda %34,2'si yetersiz, %13,3'ü sorunlu-sınırlı, %32,9'u yeterli ve %19,62'si mükemmel, bilgiyi değerlendirme boyutunda %34,2'si yetersiz, %23,7'si sorunlu-sınırlı, %26,5'i yeterli ve %15,5'i mükemmel, bilgiyi kullanma boyutunda %36,1'i yetersiz, %16'sı sorunlu-sınırlı, %28,3'ü yeterli ve %19,6'sının mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulundu (Tablo 4.3.10).

5.TARTIŞMA ve SONUÇ

5.1.Tartışma

Sanayi toplumlarında artan teknoloji, bir yandan yaşamı kolaylaştırırken diğer yandan hareketsizliğe bağlı olarak insan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak için son yıllarda ülkemizde de olduğu gibi “sağlıklı yaşam için spor” anlayışına bağlı olarak “jogging” ve “egzersiz” tipi çalışmaların yaygınlığı artmıştır (Şimşek ve ark., 2011).

“Sağlıklı yaşam için spor” kavramının son yıllarda yaygın bir anlayış haline gelmesi, bireylerin açık alan egzersiz parklarına yönelik kullanım biçimlerini etkilemiştir. Ancak parklarda gerçekleştirilen egzersizlerin ve park alanlarının “sağlıklı yaşam için spor” anlayışına uygunluğu önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Kumar, 2017).

İnsanlar daha uzun ve sağlıklı bir yaşam için sağlıklı bir yaşam tarzı geliştirmek zorundadır (Reese, 2016). Sağlıklı yaşam, formda olmalarını, enerjik olmalarını ve kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltmalarını sağlar. Sağlıklı yaşam için, dengeli ve sağlıklı bir yemek tüketmek, günlük egzersiz yapmak ve yeterli uyuma gibi çeşitli ipuçları vardır (Chia, 2017).

Kronik rahatsızlıklar, gittikçe kalabalıklaşan dünya nüfusu ile birlikte insanların yaşam sürelerinin artmasıyla beraber artmıştır. Gelişen dünya ile birlikte sağlık sistemleri de gelişmekte fakat hastalara ayrılan süre ve hizmetin kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Modern sağlık sistemlerinin hasta merkezli bakımı benimsemesi, hastaların kendi tedavi ve bakımlarına katılımını arttırmıştır. Bu durum hastaların kendi hastalığı konusunda bilgi sahibi olmasını ve karar süreçlerinde sorumluluk almasını zorunlu hale getirmiştir. Bu yüzden hasta bireylerin kendi bakımlarına doğru katılımlarını artırmak ve kendilerine ait karar almalarını sağlamak için sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesine ihtiyaçları vardır. Çünkü sağlık

okuryazarlık düzeyine paralel olarak bireylerin otonomi kazandığı, sağlıkla ilgili doğru kararları aldığı, riskli sağlık davranışlarını azalttıkları ve sağlık sisteminin işlerliğinin arttırdığı görülmektedir. Bu yüzden sağlık okuryazarlığı kavramı oldukça önemlidir (Tanrıöver ve ark., 2014)

Türkiye nüfusu 2018 yılına göre %50,17 erkek, %49,83 kadın bireylerden oluşmaktadır (TUİK, 2019). Açık alan spor aletleri üzerine yapılan diğer çalışmalarda; Eskişehir ilinde açık alan egzersiz parkları üzerine yapılmış çalışmada, %88'i kadın, %12'si erkektir ve %41'i 36-40 yaş arasındaki bireylerden oluşmaktadır. Burdur ilinde yapılmış çalışmada, parklardaki egzersiz alanını %71,6'sı kadın, %28,4'ü erkek ve %61,8'ini 41 yaş üzeri bireyler kullanmaktadır. Mersin ilinde yapılmış çalışmada, spor parklarında egzersiz yapanların %54,2'si kadın, %45,8'i erkek ve %19,9'u 41-50 yaş arası bireylerden oluşmaktadır. Kütahya ilinde parklarda spor aletlerinin kullanımı üzerine yapılmış çalışmada, araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 41,25 olarak bulunmuştur (Ay, 2013; Şimşek ve ark., 2011; Tatlı, 2013; Üstün ve ark., 2018).

Yürütülen bu çalışmada elde edilen bulgulara göre, araştırmaya katılan 219 bireyin %55,7'si kadın, %44,3'ü erkektir. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 41.86 ± 12.17 , erkek bireylerin yaş ortalaması 40.36 ± 11.11 ve kadın bireylerin yaş ortalaması 43.74 ± 13.208 olarak bulundu. Ayrıca, kadınların fiziksel etkinliğe katılmalarına yönelik son yıllarda yeni fırsatların yaratılması, kadın hareketinin etkisi, kadınlara yönelik sağlık ve fiziksel uygunluk hareketlerinin artmasıyla birlikte kadınların fiziksel aktiviteye katılımında önemli artışlar meydana gelmiştir (Bulgu ve ark., 2007; Hug ve ark., 2009). Farklı birçok şehirde yapılmış çalışma sonuçları ve bu çalışmanın sonuçları, kadın bireylerin halka açık parklardaki egzersiz alanlarını daha aktif bir şekilde kullandıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durumuna bakıldığında %83,1'inin evli, %13,2'sinin bekar ve %3,7'sinin diğer medeni durumda olduğu bulundu. TÜİK Diyarbakır Bölge Müdürü M. Salih Uras, Türkiye'nin medeni durum haritasını 31 Aralık 2014 tarihli Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) verilerine göre; Türkiye'de 15 yaş üstü 58 milyon 384 bin 240 kişinin bulunduğunu aktaran Uras, bunlardan 15 milyon 998 bin 24'ü hiç evlenmeyenlerden, 37 milyon 228 bin 272'si

evlilerden, bir milyon 979 bin 260'ı boşananlardan ve 3 milyon 178 bin 684'ü ise eşi ölenlerden oluştuğunu söylemiştir (TUIK,2015). Bu araştırmada bireylerin %88,1'inin sosyal güvencesi var iken %11,9'unun sosyal güvencesi olmadığı bulundu.

Eskişehir'de yapılmış bir çalışmada, bireylerin eğitim durumları %3 ilkokul veya daha düşük, %8 ortaokul, %72 lise, %17 önlisans veya lisans olarak bulunmuştur. Ankara Çankaya'da yapılmış çalışmada, bireylerin eğitim durumları %6,7 ilkokul, %2,1 ortaokul, %21,2 lise, %58 lisans ve %11,9 lisansüstü bulunmuştur. Yine Ankara'da yapılmış bir çalışmada, spor yapan bireylerin eğitim durumları %1,4 okur-yazar değil, %2,7 okuryazar, %17,8 ilkokul mezunu, %5,5 ortaokul mezunu, %39,7 lise mezunu ve %32,9 üniversite mezunu olarak bulunmuştur (Acar, 2017; Kaya ve ark., 2009; Şimşek ve ark., 2011). Bizim araştırmamıza katılan bireylerin eğitim düzeyleri %3,2'si okuryazar değil, %6,4'ü okuryazar, %22,4'ü ilkokul mezunu, %18,7'si ortaokul mezunu, %30,6'sı lise mezunu ve %18,7'si yüksekokul/üniversite mezunu olduğu bulundu. Katılımcıların eşlerinin eğitim düzeylerine bakıldığında, %1,1'i okuryazar değil, %8,8'i okuryazar, %23,1'i ilkokul mezunu, %18,1'i ortaokul mezunu, %33,5'i lise mezunu ve %15,4'ü yüksekokul/üniversite mezunu olduğu bulundu. Ülkemiz genelinde doğudan batı şehirlere doğru gidildikçe toplumun eğitim düzeyi artmaktadır ve araştırma sonuçlarımız bunu destekler niteliktedir. Lise ve üzerinde eğitim almış bireylerin yüzdesine bakıldığında, diğer araştırmalardaki sonuçların daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1.1'e göre araştırmaya katılan bireylerin mesleki dağılımına bakıldığında, %46,6'sının çalışmadığı, %18,7'sinin işçi, %12,3'ünün memur, %11,4'ü emekli, %11'i diğer meslek mensubu olduğu bulundu. Çalışmayan bireylerin büyük çoğunluğunu kadın katılımcılar oluşturduğu bulundu. Bireylerin ailelerinin gelir durumuna bakıldığında, %5,5'i çok iyi, %35,2'si iyi, %56,6'sı orta, %2,7'si kötü olduğu bulundu. Bu alanda yapılmış diğer çalışmalara bakıldığında, Şimşek ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmaya katılan bireylerin mesleklerinin %75'ini ev hanımları, %12'sini öğrenciler, %8'ini memurlar, %5'ini diğer meslek grupları oluşturmaktadır.

Tatlı'nın (2013) çalışmasında bireylerin %26,5'i ev hanımı, %6,6'sı işsiz, %9,6'sı memur, %21,7 öğrenci, %13,9 emekli ve %16,2'sini diğer meslek grupları oluşturmaktadır. Acar'ın (2017) çalışmasına katılan bireylerin %16,6'sı çalışmıyor, %8,3'ü öğrenci, %18,7'si memur, %39,9'u emekli ve %16,6'sını diğer meslek grupları oluşturmaktadır. Ev hanımlarının ve emeklilerin gün içerisinde çalışan bireylere göre daha fazla boş zamanlarının olduğunu varsaymak yanlış olmayacaktır. Emekli ve çalışmayan bireylerin serbest zamanlarının bol olmasından dolayı parklardaki egzersiz alanlarını daha fazla kullandıklarını ve bireylerin serbest zaman süresi arttıkça spor yapmaya yöneliminin de orantılı şekilde arttığı sonucu bulunmuştur (Acar, 2017). Araştırmaya katılan bireylerin geneli çalışmayan ve emekli kişilerden oluşturmaktadır, çalışmayan bireylerin çoğunluğunu ise ev hanımları oluşturmaktadır. Halka açık parklardaki spor aletlerinin ulaşımının kolay olması, ücretsiz olması, sosyalleştirici olması, mahalle içerisinde yer almasından dolayı güvenilir hissettirmesi gibi durumlar emekli veya ev hanımlarının bu alanları tercih etmesindeki en büyük nedenler olduğu düşünülmektedir.

Tablo 4.1.1'e göre araştırmaya katılan bireylerin sigara kullanma alışkanlıklarına bakıldığında %39,3'ünün alışkanlığı olduğu ve sigara kullanan bireylerin günde ortalama 14,6 adet sigara içtikleri bulundu. Sigara, kronik rahatsızlıkların altında yatan başlıca nedenlerden biri olarak gösterilmektedir. Sigara ve pasif içicilik solunum rahatsızlıkları, akciğer kanseri, kalp-damar rahatsızlıkları riskini artırmaktadır (Ceyhun ve Bülbül, 2006). Tablo 4.1.7'ye göre araştırmamızda sigara kullanan bireylerin, %11,6'sının spor aletlerini kullanmaya başladıktan sonra sigara alışkanlığının azaldığı veya bırakıldığı sonucu bulundu. Bu sonuca göre düzenli yapılan sporun, sigara kullanımının azaltılmasında veya bırakılmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Ülke genelinde olumsuz alışkanlıkların azaltılması için, belediyelerin bireyleri halka açık spor alanlarını kullanmaya yönlendirmesi gerekmektedir.

Tablo 4.1.2'ye göre araştırmaya katılan bireylere kronik rahatsızlığı olup olmadığı sorulduğunda, %67,6'sı evet, %32,4'ü hayır olduğu sonucu bulundu. Tablo 4.1.3'e göre bireylerin kronik rahatsızlıkların dağılımı incelendiğinde, en çok görülen 4 rahatsızlığın sırasıyla %31,8 ile eklem rahatsızlığı, %16,1 ile hipertansiyon ve

%8'er düzeyde diyabet ve troid izlemektedir. Bireylerde %7 osteoporoz ve %6,3 şişmanlık rahatsızlığı bulundu. En az görülen kronik rahatsızlık ise %0,3 ile kalp hastalığıdır. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, Kaya ve ark. (2009) çalışmasında egzersiz yapan bireylerin %20,5 'inin kronik hastalığı var iken %79,5'inin kronik hastalığı yoktur.

Sağlık durumu açısından incelendiğinde her beş bireyin ikisinde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik rahatsızlıkların birçoğunda spor tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (İşler, 2019). Düzenli egzersiz, hipertansiyon, diyabet, obezite, kolesterol ve hareketsizlik gibi risk faktörlerini önler. Kas ve kemiklerin güçlenmesini sağlar. Mental ve ruhsal açıdan enerji yükselmesini sağlar. Stresi, kalp rahatsızlıklarını, kanseri önler. Kan basıncını dengeler ve vücutta oluşan toksinlerin dışarı atılmasına yardımcı olur (Demir ve Filiz, 2004). Farklı rahatsızlıklara, farklı tipte ve şiddette egzersizler önerilmektedir ve bu konuyla alakalı çalışmalar günden güne artarak düzenli egzersizin kronik rahatsızlar üzerindeki etkileri kanıtlanmaktadır (Aslan, 2015). Aslan'ın (2015) çalışmasında bireylerin kronik rahatsızlıkları ile ilgili soruya verdikleri cevaplara göre, %25'i tansiyon, %15'i şeker, %10'u kolesterol, %9'u astım, %6'sı bel fıtığı ve yüzdesi düşük olan diğer rahatsızlıklardan oluşmaktadır.

Tablo 4.1.4'e göre araştırmaya katılan bireylere spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdikleri sorulduğunda, %46,6'sının kendi gözlemleri sonucunda başladığı, %23,3'ünün tesadüf eseri, %13,2'sinin arkadaş tavsiyesi, %10'unun diğer sebeplerle başladığı ve sadece %6,8'lik kısmın sağlık çalışanı tavsiyesi üzerine başladığı sonucu bulundu.

Tablo 4.2.2'ye göre araştırmamızda kronik rahatsızlığı olan bireylerin spor aletlerini kullanmaya karar verme süreci incelendiğinde, hipertansiyonu olanların %4,3'ü, diyabeti olanların %4,3'ü, osteoporozu olanların %10'u, bel sorunu olanların %5,5'i, eklem sorunu olanların %8,3'ü, böbrek rahatsızlığı olanların %16,7'si ve şişmanlığı olan bireylerin %11,1'i sağlık çalışanı tavsiyesi ile spor aletlerini kullanmaya başladı. Düzenli yapılan sporun birçok kronik hastalık üzerinde iyileştirici etkisinin olmasına rağmen, bireylerin sağlık çalışanı tavsiyesi veya gözetiminde spor yapma yüzdeleri oldukça düşüktür. Bu nedenle, kronik hastalığı

olan insanların kolaylıkla ve düzenli aralıklar ile gittiği birinci dereceden sağlık merkezlerindeki yetkili sağlık çalışanlarının, bireyleri düzenli spor yapmaya yönlendirmesi ve teşvik etmesi gerekmektedir.

Tablo 4.1.4 'e göre araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktoruna danışanların oranı %9,6 olduğu bulundu. Tablo 4.2.3'e göre spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktoruna danışanların eğitim düzeyi, yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler anlamlı ilişkisi olmadığı bulundu. Eğitim düzeyi düşük olan bireyler spor yapmadan önce doktora danışması gerektiğini bilmediği için, eğitim düzeyi yüksek olan bireyler ise spor aletlerini kullanmayı bildiklerini ve doktor onayının gereksiz olduğunu düşündükleri için spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktorlarına danışmamaktadırlar. Spor aletleri kullanım levhalarında doktorunuza danışınız uyarısı yer almasına rağmen, bazı parklarda uyarı levhalarının eksik olması, levhalardaki yazıların silinmesi veya okunmayacak duruma gelmiş olması insanların bu konuda bilinçlenmesini engellemektedir. Bu durumda belediyelerin düzenli aralıklar ile spor alanlarındaki levhaları denetlemesi ve yenilemesi gerekmektedir.

Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, Ay'ın (2013) çalışmasında egzersiz yapan bireylerin %91,2 ile kendi istekleriyle egzersiz yapmaya başladıkları ve bireylerin %94,1'i uzman görüşü almadan spor yaptıkları belirlenmiştir. Tatlı'nın (2013) çalışmasında bireylerin %80,7'si sağlık kontrolü olmadan spora başlamışlardır. Bu çalışmalar araştırmamızı destekler niteliktedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda bireyler açık alan egzersiz parklarında spor yaparken uzman gözetiminde egzersiz yapmak istediklerini belirtmişlerdir (Ay,2013; Lapa ve ark., 2012; Tatlı,2013; Üstün ve ark., 2018). Sağlıkın korunması, geliştirilmesi ve bilinçli spor yapabilmek için egzersiz öncesi uzmanlara danışılması önerilmektedir.

Tablo 4.1.4'e göre araştırmaya katılan bireylere spor aletlerini kullanmaya ne kadar zaman önce başladığına dair yapılan gruplandırma son bir yıl içinde başlayanlar %45,2, 1-2 yıl önce başlayanlar %19,2, 2-3 yıl önce başlayanlar %10,5, 3 yıldan daha önce başlayanların ise %25,1 olduğu bulundu ve katılımcıların %68,5'i spor aletlerini düzenli olarak kullanmadıkları sonucu bulundu. Spor aletlerinin düzensiz kullanımının sebebi olarak, %27,4'ü alet sayısının yetersizliğini, %10,5'i

evine uzak oluşunu, %4,1'i aletlerin sağlığı olumsuz etkilemesini, %36,1'i diğer sebepleri gösterildiği bulundu. Diğer seçeneğinin içeriğinde, bireylerin iklim şartlarından dolayı kış mevsiminin uygun olmayan günlerinde açık alan parklarda spor yapmaya ara vermeleri yer almaktadır. Bireylerin spor aletlerini düzenli kullanabilmeleri için belediyelerin dört mevsime uygun spor platformları inşa etmesi, yeterli sayıda spor aleti temin etmesi ve bozulan spor aletlerini kısa sürede tamir etmesi gerekmektedir.

Tablo 4.1.5'e göre araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, %6,4'ünün çok iyi bildiği, %19,2'sinin iyi bildiği, %40,6'sının orta derece bildiği, %26,5'inin az bildiği ve %7,3'ü hiç bilmediği sonucu bulundu. Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, Şimşek ve ark (2011) yaptığı çalışmada bireylere açık alan egzersiz parkında spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri sorulduğunda, %0,5'inin çok iyi bildiği, %10'unun iyi bildiği, %40'ının orta derece bildiği, %28'inin az bildiği ve %21,5'inin hiç bilmediği sonucunu bulmuştur.

Tablo 4.2.5'e göre araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkındaki bilgi düzeyinleri ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş ile ters yönde anlamlı ilişki, eğitim ve ailenin gelir durumu ile aynı yönde anlamlı ilişki bulundu. Bireylerin yaş aralığı azaldıkça bilgi düzeylerinin arttığı, eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeylerinin de yükseldiği ve ailenin gelir durumu arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı sonucu bulundu.

Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, Lapa ve ark. (2012) çalışmasında bireylere fitness aletlerinde hareketleri doğru yaptığınızı düşünüyor musunuz? diye sorulduğunda, %29,2'si evet, %11,5'i hayır, %39,9'u emin değilim ve %19,4'ü soruyu cevapsız bırakmıştır. Ay'ın (2013) yapmış olduğu çalışmasında "Bu tesisteki spor aletlerinin hangi kas gruplarını çalıştırdığını biliyor musunuz?" sorusuna bireylerin %17,6'sı hiç bilmiyorum, %40,2'si biliyorum, %42,2'si biraz biliyorum sonucu bulunmuştur. Doğru ve ark. (2015) çalışmasında bireylerin %69'u spor aletlerinin vücudun hangi bölgesini çalıştırdığını bildiğini, %25'inin biraz bildiğini ve %6'sının bilmediği sonucunu bulmuştur.

Tatlı'nın (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların “spor parklarındaki spor aletlerinin hangi kas gruplarını çalıştırdığını biliyor musunuz” sorusuna, %13,3'ünün iyi bildiği, %67,5'inin biraz bildiği ve %19,3'ünün hiç bilmediği sonucu bulunmuştur. Bazı araştırma sonuçları bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer niteliktedir (Şimşek ve ark., 2011; Tatlı, 2013). Tablo 4.1.5'e göre araştırmamıza katılan bireylerin egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatını okumayanların oranı %63, okuyanların oranı %37'dir. Spor aletleri üzerindeki yazılan talimatları yeterli bulanların oranı %23,7, yeterli bulmayanlar %27,4 ve talimatları okumayanların oranı %48,9'dur. Spor aletlerini talimatlara uygun kullananların oranı %33,3'tür. Bireylerin egzersiz öncesi veya daha sonrasında aletlerin kullanma talimatlarını okumaması, spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgelerini iyi veya çok iyi bilenlerin (%25,6) oranını da oldukça düşürmektedir.

Tablo 4.2.6'ya göre araştırmamıza katılan bireylerin egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatını okuma durumu ile yaş arasında ters yönde anlamlı ilişki, eğitim düzeyi ve ailenin gelir durumu ile aynı yönde anlamlı ilişki bulundu. Yaş azaldıkça egzersiz öncesi kullanma talimatlarını okumanın arttığı, eğitim düzeyi ve ailenin gelir durumu yükseldikçe egzersiz öncesi kullanma talimatlarını okumanın arttığı bulundu. Eğitim düzeyi yükseldikçe spor aletlerini üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanmanın da yükseldiği bulundu. Bu bulgulara göre spor öncesinde, alanlardaki tabelaların ve spor aletlerinin üzerindeki talimatların özenli bir şekilde okunması, bilinçli egzersiz yapma düzeyini artıracakı düşünülmektedir.

Literatüre göre 18-65 yaş arası sağlıklı bireyler için haftanın en az 5 günü ve en az 30 dakika orta şiddette ya da haftanın en az 3 günü ve en az 20 dakika yüksek şiddette aerobik fiziksel etkinlik sağlık yararı sağlamaktadır (Haskell ve ark., 2007). Tablo 4.1.5'e göre bizim çalışmamıza katılan bireylerin egzersiz yapma sıklığı değerlendirildiğinde, %66,2'si haftada 1-2 gün, %26'sı haftada 3-4 gün, %5'i haftada 5-6 gün ve %2,8'i haftanın her günü spor yaptığını belirtmiştir. Bireylerin egzersiz yapma süreleri değerlendirildiğinde, %42,9'u 0-19 dakika, %40,2'si 20-39 dakika, %13,7'si 40-59 dakika ve %3,2'si 60 dakika ve üzerinde spor yaptığını belirtmiştir.

Bu alanda yapılan çalışmalara bakıldığında, Doğru ve ark (2015) yaptıkları

çalışmada bireylerin %47'sinin haftada üç-dört gün egzersiz aletlerini kullandıklarını ve bireylerin %37'sinde parklarda 20-40 dakika arasında spor yaptıklarını belirtmektedir. Şimşek ve ark (2011) çalışmasında bireylerin % 53'ünün haftada iki-dört gün arasında ve %42'sinin 60 dakika veya daha az sürede parklarda spor yaptıkları sonucunu bulmuştur. Ay'ın (2013) yapmış olduğu çalışmasında, bireylerin genel olarak (%49) haftada 3-4 gün spor aletlerini kullandıkları sonucu bulunmuştur. Aslan'ın (2015) yaptığı çalışmasında araştırmaya katılan bireylerin ortalama olarak haftada 4 gün ve spor aletlerini kullanan bireylerin ortalama 55 dakika egzersiz yapmak için parklara geldikleri sonucu bulunmuştur. Araştırmamıza katılan bireylerin uzman görüşlerine göre, %66,2'si gün olarak yeterli spor yapmadığı, egzersiz süresi olarak %57,1'i yeterli spor yapmadığı sonucu bulundu. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda uzman görüşlerine göre bireylerin gün ve süre olarak yeterli spor yaptığı bulunmuştur.

Tablo 4.1.5'e göre bireylerin egzersiz yapma zamanına bakıldığında, %10,5'i saat 06.00-07.59 arası, %4,6'sı saat 08.00-11.59 arası, %14,2'si saat 12.00-15.59 arası, %26'sı saat 16.00-19.59 arası ve %44,7'si saat 20.00'den sonra spor yaptıkları sonucu bulundu. Araştırmanın yaz aylarında yapılması ve hava şartların sıcak olması, çalışan bireylerin genellikle 17.00'den sonra işten çıkması, parklardaki spor aletlerinin üzerini hava şartlarından koruyacak donanımın olmaması ve bunun gibi sebeplerden dolayı 08.00-11.59 arası (%4,6) ve 12.00-15.59 arası (%14,2) spor yapan bireylerin sayısı, 16.00-19.59 arası (%26) ve saat 20.00'den sonra (%44,7) spor yapan bireylerin sayısına göre oldukça az olduğu sonucu bulundu.

Tablo 4.2.11'e göre araştırmaya katılan bireylerin kıyafet türü ile demografik özellikler incelendiğinde, yaş ile ters yönde anlamlı ilişki, cinsiyet, eğitim ve ailenin gelir durumu ile aynı yönde anlamlı ilişki bulundu. Bireylerin yaş değeri azaldıkça spora uygun kıyafet tercihi yüzdesi artmaktadır. Cinsiyete göre, erkekler kadınlara göre spora uygun kıyafet giymeyi daha çok tercih ediyor. Eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi yükseldikçe spora uygun kıyafet giyme yüzdesinde artış olmaktadır. En yüksek yüzdeleri lise (%85,1) ve yüksekokul mezunları (%82,9) bireyler oluşturmaktadır. Ailenin gelir durumuna göre, orta seviye aile bireyleri (%60,5) ile iyi (%80,5) ve çok iyi (%83,3) aile seviyeleri karşılaştırıldığında, gelir seviyesi

yüksek olan ailelerin spora uygun kıyafet tercih yüzdeleri daha fazladır.

Tablo 4.2.11'e göre araştırmaya katılan bireylerin ayakkabı türü ile demografik özellikler incelendiğinde, yaş ile ters yönde anlamlı ilişki, eğitim ve cinsiyet ile aynı yönde anlamlı ilişki bulundu. Bireylerin yaş değeri azaldıkça spora uygun ayakkabı tercih yüzdesi artmaktadır, en yüksek yüzdeyi (%71,4) en düşük yaş aralığı olan 19-24 yaşındaki bireyler oluşturmaktadır. Cinsiyete göre, erkek bireylerin (%56,7) kız bireylere (%46,7) göre spora uygun ayakkabı giyme yüzdesi daha fazladır. Eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi yükseldikçe spora uygun ayakkabı giyme yüzdesi artmaktadır. En yüksek yüzdeyi (%73,2) yüksekokul eğitim düzeyinde olan bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.1.5' göre araştırmaya katılan bireylerin kıyafet ve ayakkabı tercihleri incelendiğinde, %51,1'i egzersiz yaparken spora uygun ayakkabı tercih etmişlerdir ve bireylerin %69,4'ü egzersiz yaparken spora uygun kıyafet giymişlerdir. Bu alanda bizim çalışmamıza göre daha yüksek orana sahip olan çalışmalara bakıldığında, Tatlı'nın (2013) çalışmasında, "spor parklarında spor yaparken uygun bir eşofman ve spor ayakkabısı kullanıyor musunuz" sorusuna katılımcıların %72,3'ü her zaman cevabını vermişlerdir. Ay'ın (2013) yapmış olduğu çalışmasında, bireylerin %84,3'ünün spor kıyafeti kullandıkları belirlenmiştir. Doğru ve ark (2015) yaptıkları çalışmada bireylerin %78'i spora uygun ayakkabı, %91'i spora uygun kıyafet tercih etmektedir.

Bizim çalışmamıza göre daha düşük orana sahip olan çalışmaya bakıldığında, Şimşek ve ark. (2011) yaptığı çalışmada bireylerin az bir kısmı (% 25) açık alan egzersiz parkında spor yaparken spora uygun ayakkabı tercih etmektedir. Spor aletlerini kullanırken uygun kıyafetler ve spor ayakkabıları önerilir. Oluşabilecek kazaları önlemek adına bol kıyafetler tercih edilmemelidir. Bu durumlar spor alanlarındaki uyarı levhalarında yer almalıdır. Bazı çalışmalar spor yaparken tercih edilen yanlış ayakkabı tercihinden dolayı kullanıcıların daha fazla sağlık sorunu yaşadığını belirtmişlerdir, spor yaparken %75'inin spora uygun ayakkabı tercih etmediği çalışmada bireylerin %33,5'i ayak burkulması sağlık sorunu yaşamıştır. (Şimşek ve ark., 2011).

Tablo 4.1.8'e göre araştırmamıza katılan bireylerin %14,6'sı egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşadığı sonucu bulundu. Katılımcılara egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşayıp yaşamadıkları sorulmuş ve cevabı evet olanlardan açıklama yapmaları istenmiştir. Buna göre sağlık sorunu yaşayanların %48,4'ü eklem rahatsızlığı, %32,3'ü yorgunluk, %16,1'i solunum sıkıntısı, %12,9'u tansiyon rahatsızlığı, %9,7'si kalp ile ilgili ağrı şikayetlerinin oluştuğu bulundu.

Bu konuda yapılan araştırmalara bakıldığında, şimşek ve ark (2011) yaptığı çalışmada bireylerin egzersiz sırasında sakatlık ve yaralanma, %71 kas ağrısı, %65,5 zorlanma, %47 soluksuz kalma, %41,5 eklem ağrısı, %33,5 burkulma yüksek oranda oluşmuştur, egzersiz sonrası sakatlık ve yaralanma, %53,5 eklem şişmesi, %54 bayılma hissi, %53 sırt ağrısı, %48,5 göğüs ağrısı, %48 omuz ağrısı yüksek oranda oluşmuştur. Doğru ve ark (2015) yaptıkları çalışmada bireylerin egzersiz sırasında sakatlık ve yaralanmaya bakıldığında, %65 sağlık problemi yaşamadığı, %13 nefessiz kalma, %10 kas ağrıları, %6 zorlanma oluşmuştur, egzersiz sonrası sakatlık ve yaralanmaya bakıldığında, %21 sağlık problemi yaşamadığı, %3 nefessiz kalma, %54 kas ağrıları, %4 zorlanma oluşmuştur.

Üstün ve ark. (2018) yaptığı çalışmada bireylerin %19,7'si fiziksel aktivite sırasında sakatlık veya rahatsızlık yaşamıştır. Lapa ve ark (2012) yaptığı çalışmada bireylerin %6,3'ü spor aletlerini kullanırken sakatlık yaşamıştır. Literatürde geçen sonuçlara göre egzersiz sırasında veya sonrasında sağlık sorunlarının oluşmasındaki en büyük neden egzersiz öncesi ısınma hareketi yapmamak ve egzersiz sonrasında soğuma hareketlerini yapmamaktır. Egzersiz öncesi ısınma hareketlerini yapmayan bireylerin egzersiz sonrasında daha çok sağlık sorunu yaşadığı belirtilmiştir (Doğru ve ark., 2015; şimşek ve ark.,2011). Bizim alışmamızdaki bireylerin %17,3'ünün egzersiz öncesi ısınma hareketlerini yaparken, %17,8'inin egzersiz sonrası soğuma hareketlerini yaptığı sonucu bulundu.

Tablo 4.2.8'e göre araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerinin kullanma öncesi yapılan hazırlıklar ile kronik rahatsızlıklar arasındaki dağılım incelendiğinde, hipertansiyonu olan bireylerin %15,2'si tansiyonunu ölçmüş, %13,0'ü ısınma egzersizleri yapmıştır. Diyabeti olan bireylerin %17,4'ü kan şekerini kontrol etmiş,

%52,2'si aç olmamaya dikkat etmiş, 4,3'ü ısınma egzersizleri yapmıştır. Astımı olan bireylerin 23,1'i ısınma egzersizleri yapmıştır. Osteoporozu olan bireylerin %40,0'ı ısınma egzersizleri yapmıştır. Bel sorunu olan bireylerin %29,1'i ısınma egzersizleri yapmıştır. Eklem rahatsızlığı olan bireylerin %33,3'ü ısınma egzersizleri yapmıştır. Şişman olan bireylerin %16,7'si aç olmamaya dikkat etmiş, %22,2'si yemekten hemen sonra yapmaya, %50,0'si kendini iyi hissetmiyorsa spor yapmamış, %5,6'sı ısınma egzersizleri yapmıştır.

Tabloya göre bireylerin kronik rahatsızlıklarına uygun şekilde spora hazırlanmadıkları sonucu bulunmuştur. Aynı zamanda bireylerin egzersiz öncesi ısınma hareketi yapma oranları çok düşük bulunmuştur. Bu durum egzersiz sırasında ve sonrasında bireylerin sakatlık yaşama riskini yükseltmektedir. Kronik rahatsızlıklar genel olarak 40 yaş üstü bireylerde görülmektedir, bulgulara göre tansiyon ölçümü veya kan şekeri ölçümü yapan bireylerin çoğunluğunu 45 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Spor sırasında veya sonrasında sağlık sorunu yaşama riskini azaltmak için ısınma ve soğuma egzersizleri kesinlikle yapılmalıdır. Araştırmamızda ısınma egzersizi yapan bireylerin büyük bir bölümünü eğitim düzeyi lise ve üzeri olan bireyler oluşturmaktadır. Bilinçli spor yapan bir nesil için ilköğretimden itibaren bireylere spor kültürünün öğretilmesi benimsetilmesi gerekmektedir. Bu sayede bilinçli spor yapma ile eğitim düzeyleri arasındaki farkı azaltabiliriz.

Kahramanmaraş merkez ilçeleri genelinde mahalle sınırları içerisinde en az bir adet spor yapılabilecek halka açık park bulunmaktadır. Küçük ve büyük park alanları düşünüldüğünde mahalle içerisinde yer alan bireyler spor aletlerine ulaşımını kolaylıkla sağlayabilmektedir. Tablo 4.1.10'a göre araştırmamıza katılan bireylerin tamamı mahallelerinde spor aletlerinin olduğunu ve parkların içerisinde yer aldığını belirtmişlerdir. Bireylerin oturduğu ev ile spor aletleri arasındaki süre maksimum 30 dakika, en az 1 dakika ve ortalama 7.16-5.33 dakika olarak bulundu.

Tablo 4.3.1'e göre araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32 ölçeğine göre 32,29 (min=5,73-maks=50,00) indeks puanı ile sorunlu-sınırlı düzeyde bulundu. Tablo 4.3.10'a göre bireylerin %32,5'i yetersiz, %20,5'i sorunlu-sınırdaki, %30,1'i yeterli ve %16,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulundu. Sağlık okuryazarlığının ülkemiz koşullarında ölçülmesi için,

kavramsal çerçeveye dayanan ve ülkemiz sağlık hizmeti sunumlarına daha gerçekçi yaklaşan bir model ile geliştirilen TSOY-32 (Okyay, 2016) ölçeğinden elde edilen çalışma sonuçlarına göre bireylerin sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması $30,39 \pm 7,82$ olarak bulunmuştur. Çalışma grubundaki bireylerin %68,1'inin yetersiz ya da sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı kategorilerinde olduğu görülmüştür (Okyay, 2016).

Okyay ve ark.'nın TSOY32 ölçeği ile yaptıkları çalışmada da sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 29,7 iken yetersiz veya sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip birey yüzdesi 67 olarak bulunmuştur. Tanrıöver ve ark.'nın yürüttükleri çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 30,4, yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı olan bireylerin yüzdesi 64,6 olarak bulunmuştur (Tanrıöver, 2014). Her iki çalışmadan da elde edilen bulgular bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Özdemir ve ark.'nın bir aile hekimliği kliniğine başvuran hastalar üzerinde NVS ölçeği kullanılarak yürüttükleri çalışmada bireylerin %72,9'unun sağlık okuryazarlığının yeterli olmadığı tespit edilmiştir (Özdemir ve ark., 2010).

Diğer literatürlere baktığımızda, Avrupa'da yürütülen HLS-EU çalışmasında sekiz ülkenin tümünde sağlık okuryazarlığı ortalama indeks puanı bu çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmaya göre en düşük sağlık okuryazarlığına sahip ülkeler Bulgaristan ve İspanya olarak belirlenmiş; yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyleri sırasıyla %62,1 ve %58,3 olarak saptanmıştır (HLS-EU, 2012). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003'te yürütülen "Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı" çalışmasının verilerine göre kişilerin %36'sının temel ve daha alt seviyede sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (Kutner ve ark., 2010).

Tablo 4.3.5'e göre araştırmaya katılan bireylerin kronik rahatsızlık durumu incelendiğinde, kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin (33,33) kronik rahatsızlığı olan bireylere (31,25) göre TSOY-32 ölçek puanı daha fazla bulundu. Literatürde benzer çalışmalara baktığımızda, Mut tarafından aile hekimliği polikliniğine başvuran bireyler üzerinde TSOY-32 ölçeği ile yürütülen çalışmada sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ortalaması 28,9 bulunurken, bireylerin %80,9'unun yetersiz ya da

sorunlu-sınırlı sađlık okuryazarlıđı kategorilerinde olduđu saptanmıřtır (Mut, 2017). Belçika’da yapılan bir arařtırmada dűřük sađlık okuryazarlıđının hastane başvurularını artırdıđının belirlenmiř olması bu durumu desteklemektedir (Vandenbosch, 2016). Ayrıca hem bu çalıřmanın hem de Okyay ve ark. ve Tanrıöver ve ark. tarafından yűrűtűlen çalıřmaların çalıřma grupları; eđitim dűzeyi daha yűksek bireylerden oluřmaktadır. Bu durum; çalıřma gruplarındaki sađlık okuryazarlıđı dűzeylerinin de daha yűksek saptanmasının sebebi olabilir.

Tablo 4.3.10’a gűre arařtırmamızda oluřturulan matris bileřenlerinde soy kategorilerinin sıklık dađılımına bakıldıđında, bireylerin bilgiye ulařım boyutunda %37’si yetersiz, %15,1’i sorunlu-sınırlı, %30,6’sı yeterli ve %17,4’ű műkemmek, bilgiyi anlama boyutunda % 34,2’si yetersiz, %13,3’ű sorunlu-sınırlı, %32,9’u yeterli ve %19,62’si műkemmek, bilgiyi deđerlendirme boyutunda %34,2’si yetersiz, %23,7’si sorunlu-sınırlı, %26,5’i yeterli ve %15,5’i műkemmek, bilgiyi kullanma boyutunda %36,1’i yetersiz, %16’sı sorunlu-sınırlı, %28,3’ű yeterli ve %19,6’sının műkemmek bir sađlık okuryazarlıđı dűzeyine sahip oldukları bulundu. Bireyler bilgiye ulařmak için genel olarak arařtırma içerisine girmemektedirler. Yakın çevresindeki bireylerin anlattıkları veya televizyon izlerken ۆđrendikleri bilgilerle yetinmektedirler. Bu yűzden televizyon yayıncılarının, sađlık bilgilendirmesi yaparken sadece alanında uzman kiřilerin dođru bilgileri aktarmasına izin vermelidir. Bireylerin sađlık okuryazarlıđı dűzeyleri dűřtekee, sađlık harcamaları ve sađlık merkezlerine başvuruları artmaktadır. Bilgiyi anlama, deđerlendirme ve kullanmada yetersiz veya sorunlu olan bireyler için, aile sađlıđı merkezi çalıřanlarının dűzenli olarak bireylere hastalıklarıyla ilgili ve sađlıđı koruma davranıřları konusunda bilgilendirmesi gerekmektedir.

Bu alanda yapılan çalıřmada sađlık okuryazarlıđının alt boyutları incelendiđinde “Tedavi ve hizmet” alt boyutunun ortalama puanının, genel indeks puan ortalamasından yűksek; “Hastalıklardan korunma ve sađlıđın geliřtirilmesi” alt boyutunun ortalama puanının ise genel indeks puan ortalamasından dűřük olduđu gűrűlmektedir. “Bilgiyi deđerlendirme” sűrecinin ise en dűřük puan ortalamasına sahip alt boyut olduđu gűrűlműřtűr (İřler, 2019).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu bulguların, Mut tarafından ve Okyay ve ark.

tarafından TSOY-32 ölçeği ile yürütölen çalışmaların sonuçları ile uyumlu olduğu görölmüştür (Mut, 2017; Okyay, 2016). HLS-EU konsorsiyumunun ve Tanrıöver ve ark.'nın yürüttükleri çalışmalarda üç alt boyutta (tedavi hizmetleri, hastalıklardan korunma, sağlığın geliştirilmesi) değerlendirilen sağlık okuryazarlığının en yüksek ortalama indeks puanına sahip boyutu “tedavi hizmetleri” olup bu çalışma ile uyumludur. “Hastalıklardan korunma” ve “sağlığın geliştirilmesi” alt boyutları TSOY-32 ölçeğinde birleştirilmiş olduğundan HLS-EU konsorsiyumunun ve Tanrıöver ve ark.'nın çalışmalarıyla karşılaştırılması mümkün olmamıştır (HLS-EU, 2012; Tanrıöver ve ark., 2014).

Tablo 4.3.5'e göre araştırmaya katılan kadın ve erkek bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32 ölçeğine göre 32,29 indeks puanı ile sorunlu-sınırlı düzeyde bulundu. Kadın bireylerin en düşük ölçek puanı 5,73, en yüksek ölçek puanı 50,00 olarak bulundu. Erkeklerin en düşük ölçek puanı 7,29, en yüksek ölçek puanı 50,00 olarak bulundu. Araştırmamızda sağlık okuryazarlığı düzeyi ile cinsiyet arasında fark olmadığı sonucu bulundu. Çalışmada sağlık okuryazarlığı genel indeks puanı ve tüm alt boyut puanları anlamlı fark bulunmamakla birlikte erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulundu.

Diğer taraftan literatür incelendiğinde Avrupa'da sekiz ölkede yürütölen HLS-EU çalışmasının sonuçlarına göre ise kadınlarda sağlık okuryazarlığının daha iyi düzeyde olduğu saptanırken çalışmamıza benzer şekilde cinsiyetin sağlık okuryazarlığı için zayıf bir belirleyici olduğu raporlanmıştır (HLS-EU, 2012). Bu tespitler ve yorumlara baktığımızda çalışmada elde ettiğimiz sonuçları destekler niteliktedir.

Literatürde çalışmamızla çelişen ve desteklemeyen yönde sonuçlar elde etmiş çalışmalara baktığımızda ise, Mut tarafından ve Özdemir ve ark. tarafından yürütölen çalışmalarda erkeklerin sağlık okuryazarlığının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görölmüştür (Mut, 2017). Yapılan araştırmalarda cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında farklı ilişkilerin raporlanması, çalışmaların yürütöldüğu bölgelerin farklı sosyoköltürel ve demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanabilir. Kadınların toplumsal alanda daha fazla yer bulduğu bölgelerde sağlık okuryazarlığı durumlarının daha iyi olacağı düşünölmektedir (Özdemir ve ark., 2010).

Tablo 4.3.5'e göre araştırmaya katılan bireylerin yaş düzeylerine göre TSOY-32 ölçek puanları; 19-24 yaş arası 34,11, 25-34 yaş arası 35,94, 35-44 yaş arası 30,47, 45-54 yaş arası 22,40, 55-64 yaş arası 23,70, 65 yaş ve üzeri olan bireylerin n sayısı yetersiz olduğu için hesaplanmaya dahil edilememiştir. Genel olarak yaş ile sağlık okuryazarlığı puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardır. Bireylerin yaşı azaldıkça TSOY-32 ölçek puanı artmaktadır. Sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması yaş gruplarına göre incelendiğinde; 44 yaş ve altı bireylerde, 44 yaş üstü bireylere göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı.

Literatürde yaş durumuna göre sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalara baktığımızda, Özdemir ve ark.'nın çalışmasında da 45 yaş ve üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı puanlarının anlamlı farkla düşük olduğu tespit edilmiştir (Özdemir ve ark., 2010). Sırbistan'da yürütölen bir çalışmada 44 yaş üstü bireylerde sağlık okuryazarlığı puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Jovic-Vranes,2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2003'te yürütölen çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaş arttıkça düştüğü; özellikle 65 yaş ve üstü bireylerde düşüşün daha belirgin olduğu tespit edilmiştir (Kutner ve ark., 2006).

Güney Kore'de 96 yapılan çalışmada da yaş arttıkça anlamlı olarak sağlık okuryazarlığının düştüğü görölmüştür (Jeong ve Kim, 2016). Yaş arttıkça sağlık okuryazarlığında düşüş olması; yaşın ilerlemesiyle sosyal yaşamdan uzaklaşılması, teknoloji ve ulaşım araçlarının kullanımının azalması ve aile üyelerinin yardımına bağımlı olunması gibi nedenlere bağlanabileceği belirtilmiştir (Mut, 2017).

Ayrıca ölkemiz genelinde genel bir değerlendirme yapan çalışmaya göre; genç ve orta yaştaki bireylerin daha ileri yaştaki bireylere göre eğitim düzeylerinin daha yüksek olması, yaş düştükkçe sağlık okuryazarlığının artmasını açıklayabilir. Çalışmada bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı indeks puanlarının da anlamlı olarak arttığı görölmüştür (İşler, 2019).

Tablo 4.3.5'e göre araştırmaya katılan bireylerin eğitim düzeylerine göre TSOY-32 ölçek puanları incelendiğinde; en yüksek ölçek puanı 45,31 (max=50,00) ile yüksekökol/üniversite mezunu bireylere ait olduğu bulundu. Yüksekökol/üniversite mezunu bireyler ile diğer eğitim durumlarındaki bireyler

arasında TSOY-32 indeksine göre anlamlı fark vardır. Genel olarak bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe TSOY-32 ölçek puanı artmaktadır. Eğitim düzeyinin sağlık okuryazarlığına etkisine yönelik literatürde, Birleşik Krallık'ta 2007 yılında yapılan çalışmanın sonuçlarına göre bireylerin yetersiz veya marjinal sağlık okuryazarlığı düzeyi %11,4 olarak tespit edilmiştir (Von ve ark., 2007). Tayvan'da 2015 yılında yürütülen çalışmada ise sağlık okuryazarlığı genel indeks puan ortalaması 34,4 olarak saptanmıştır (Sorensen ve ark., 2015). Bu çalışmalarda bireylerin sağlık okuryazarlığı durumlarının daha iyi olması eğitim durumu dağılımlarının daha iyi olmasına bağlı olduğu düşünüldüğü vurgulanmış ve çalışmayı destekler nitelikte sonuçlar olduğu anlaşılmaktadır.

Diğer taraftan literatürde sonuçların aksine zıt sonuç elde edilen çalışmalara baktığımızda, Akbolat ve ark.'ı tarafından yürütülen çalışmada ise bireylerin eğitim düzeyi ile genel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlıkları arasında negatif ve anlamlı korelasyon bulunmuştur (Akbolat ve ark., 2016). Tayvan'da yapılan bir çalışmada ise eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı ilişki tespit edilmemiştir (Sorensen ve ark., 2015). Eğitim düzeyi ve sağlık okuryazarlığı arasında pozitif korelasyon raporlayan çalışma sayısının daha fazla olduğu görünse de eğitim düzeyi yüksek bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de yüksek olmasının mutlak bir gereklilik olmadığı da unutulmamalıdır (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2013).

5.2.Sonuç

Araştırmaya katılan bireylerin halka açık parklardaki spor aletlerini kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılan bireylerin %55,7'si kadın, %44,3'ü erkektir. Yaş dağılımına bakıldığında katılımcıların, %6,4'ü 19-24 yaş, %24,2'si 25-34 yaş, %24,7'si 35-44 yaş, %30,1' 45-54 yaş, %11,9'u 55-64 yaş ve %2,7'si 65 ve üzeri yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 41.86 ± 12.17 , erkek bireylerin yaş ortalaması 40.36 ± 11.11 ve kadın bireylerin yaş ortalaması 43.74 ± 13.208 olarak bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin %3,2'si okuryazar değil, %6,4'ü okuryazar, %22,4'ü ilkokul mezunu, %18,7'si ortaokul mezunu, %30,6'sı lise mezunu ve %18,7'si yüksekokul/üniversite mezunu olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin mesleki dağılımına bakıldığında, %46,6'sının çalışmadığı, %18,7'sinin işçi, %12,3'ünün memur, %11,4'ü emekli, %7,8'i serbest meslek mensubu olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin %67,6'sının kronik rahatsızlıkları olduğu, %32,4'ünün hiçbir kronik rahatsızlıklarının olmadığı bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin kronik rahatsızlıkların dağılımı incelendiğinde, en çok görülen 4 rahatsızlığın sırasıyla %31,8 ile eklem rahatsızlığı, %16,1 ile hipertansiyon ve %8'er düzeyde diyabet ve troid olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdikleri sorulduğunda %46,6'sının kendi gözlemleri sonucunda başladığı, %23,3'ünün tesadüf eseri, %13,2'sinin arkadaş tavsiyesi, %10'unun diğer sebeplerle başladığı ve sadece %6,8'lik kısmın sağlık çalışanı tavsiyesi üzerine başladığı görülmektedir. Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktoruna danışanların oranı %9,6 olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkındaki bilgi düzeyine bakıldığında, %6,4'ü çok iyi biliyorum, %19,2'si iyi biliyorum, %40,6'sı orta derece biliyorum, %26,5'i az biliyorum ve %7,3'ü hiç bilmediği bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin %51,1' egzersiz yaparken spora uygun ayakkabı tercih etmişlerdir ve bireylerin %69,4'ü egzersiz yaparken spora uygun kıyafet giydiği bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin %14,6'sı egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşamıştır. Sağlık sorunu yaşayanların %48,4'ü eklem rahatsızlığı, %32,3'ü yorgunluk, %16,1'i solunum sıkıntısı, %12,9'u tansiyon rahatsızlığı, %9,7'si kalp ile ilgili ağrı şikayetlerinin ortaya çıktığı bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyi ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaş aralığı azaldıkça bilgi düzeylerinin arttığı, eğitim seviyesi yükseldikçe bilgi düzeylerinin de yükseldiği ve ailenin gelir durumu arttıkça bilgi düzeylerinin de arttığı sonucu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatını okuması ile eğitim özellikleri arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitim düzeyi yükseldikçe spor aletlerini üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanmanın da yükseldiği bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin spor yaparken giydiği kıyafet türü ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşa göre, yaş değeri azaldıkça spora uygun kıyafet tercihi yüzdesi artmaktadır. Cinsiyete göre, erkekler kadınlara göre spora uygun kıyafet giymeyi daha çok tercih ediyor. Eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi yükseldikçe spora uygun kıyafet giyme yüzdesinde artış olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin spor yaparken giydiği ayakkabı türü ile demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde, yaşa göre, yaş değeri azaldıkça spora uygun ayakkabı tercih yüzdesi artmaktadır. Cinsiyete göre, erkek bireylerin (%56,7) kız bireylere (%46,7) göre spora uygun ayakkabı giyme yüzdesi daha fazladır. Eğitim düzeyine göre, eğitim düzeyi yükseldikçe spora uygun ayakkabı giyme yüzdesi arttığı bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeğine göre toplam puanı Medyan (Min-Max) 32,29 (5,73-50,00) olarak bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin yaş düzeyleri incelendiğinde, genel olarak bireylerin yaşı azaldıkça TSOY-32 ölçek puanı artmakta olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu incelendiğinde, genel olarak bireylerin eğitim düzeyi yükseldikçe TSOY-32 ölçek puanı artmakta olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyleri incelendiğinde, genel olarak bilgi

düzeyi yükseldikçe TSOY-32 ölçek puanı da yükseldiği bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 indeksi ile egzersiz öncesi kullanacağı araçların kullanma talimatlarını okuma durumu incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Egzersiz öncesi kullanma talimatlarını okuyan bireylerin (35,93) okumayan bireylere (29,16) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 indeksi ile spor aletlerini üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanma durumu ($p<0,001$) incelendiğinde, aralarında anlamlı fark vardır. Spor aletleri üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek kullanan bireylerin (35,93) dikkat etmeden kullanan bireylere (29,16) göre TSOY-32 ölçek puanının daha yüksek olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi TSOY-32 ölçeğine göre 32,29 (Min=5,73-Max=50,00) indeks puanı ile sorunlu-sınırlı düzeyde bulunmuştur. Bireylerin %32,5'i yetersiz, %20,5'i sorunlu-sınırlı, %30,1'i yeterli ve %16,9'u mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde olduğu bulundu.

Araştırmaya katılan bireylerin bilgiye ulaşım boyutunda %37'si yetersiz, %15,1'i sorunlu-sınırlı, %30,6'sı yeterli ve %17,4'ü mükemmel, bilgiyi anlama boyutunda % 34,2'si yetersiz, %13,3'ü sorunlu-sınırlı, %32,9'u yeterli ve %19,62'si mükemmel, bilgiyi değerlendirme boyutunda %34,2'si yetersiz, %23,7'si sorunlu-sınırlı, %26,5'i yeterli ve %15,5'i mükemmel, bilgiyi kullanma boyutunda %36,1'i yetersiz, %16'sı sorunlu-sınırlı, %28,3'ü yeterli ve %19,6'sının mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları bulundu.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı artıkça, sağlık harcaması ve sağlık merkezlerine başvurularının azalacağı düşünülmektedir.

Halka açık parklardaki spor aletlerinin ulaşımının kolay olması, ücretsiz olması, sosyalleştirici olması, mahalle içerisinde yer almasından dolayı güvenilir hissettirmesi bireylerin kullanımını artıran nedenlerdendir.

Düzenli yapılan sporun, sigara kullanımının azaltılmasında veya bırakılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Düzenli yapılan sporun, birçok kronik hastalığın üzerinde iyileştirici etkisi vardır.

Birinci dereceden sağlık kuruluşlarının, bireylerin egzersiz yapması ve açık alan parklardaki spor aletlerini kullanması konusunda teşvik etmeye önem vermeleri gerekmektedir.

Bireylerin spor yapmaya başlamadan önce mutlaka doktorlarına başvurmaları gerekmektedir.

Belediyeler düzenli olarak spor alanlarındaki levhaları kontrol etmeli ve zarar görmüş veya yazısı silinmiş levhaları yenilemelidir.

Bireylerin spor aletlerini düzenli kullanabilmeleri için belediyelerin dört mevsime uygun spor platformları inşa etmesi, yeterli sayıda spor aleti temin etmesi ve bozulan spor aletlerini kısa sürede tamir etmesi gerekmektedir.

Bireylerin spor öncesinde, alanlardaki levhaları ve spor aletlerinin üzerindeki talimatları özenli bir şekilde okuması, bilinçli egzersiz yapma düzeyini artıracakı düşünülmektedir.

Spor yaparken uygun ayakkabı ve kıyafet tercihi, spor sırasında oluşabilecek sağlık sorunları riskini azaltmaktadır.

Bilinçli spor yapan bir nesil için ilköğretimden itibaren bireylere spor kültürünün öğretilmesi ve benimsetilmesi gerekmektedir. Bu sayede bilinçli spor yapma ile eğitim düzeyleri arasındaki farkın azalabileceği düşünülmektedir.

Bireylere spor öncesinde ısınma egzersizleri yapması, spor sonrasında soğuma egzersizleri yapması önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

Abu-Omar K, Rütten A (2008) Relation Of Leisure Time, Occupational, Domestic, And Commuting Physical Activity To Health İndicators in Europe, Preventive Medicine, 47, pp. 319-323

Acar N E (2017) Ankara Çankaya Belediyesine Ait Rekreatif Amaçlı Dış Mekan Spor Alanlarının Ergonomik Açından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Akbolat M, Kahraman G, Eriguc G, ve ark. (2016) DoesPatient-PhysicianRelationshipAffectHealthLiteracy?: A Research in Sakarya Province. TAF PrevMed Bull: 15(4):354. Availablefrom: <http://www.scopemed.org/?mno=217958>

Al Sayah F, Williams B, Johnson JA (2013) Measuring Health Literacy in Individuals With Diabetes: A Systematic Review and Evaluation of Available Measures. Health Educ Behav 2013; 40(1): 42-55.

Anderson E, Durstine JM (2019) Physical Activity, Exercise, and Chronic Diseases: A Brief Review, Sports Medicine and Health Science, <https://doi.org/10.1016/j.smhs>

Aslan E (2015)Şehir Parklarında Bulunan Spor Alanlarında Egzersiz Yapanların Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Elektronik Ortamda Tespit ve Analizi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kırıkkale

Australian Commission on Safetyand Quality in Health Care (2013) Consumers, The Health Systemand Health Literacy: Taking Action toImprove Safety And Quality. Consultation Paper, Sydney.

Ay O (2012) Parklarda Bulunan Egzersiz Alanlarını Kullanmanın Yararları Ve Zararları Burdur İl Merkezi Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, T.C.Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Burdur

Aykaç A (2013) Halk Sağlığı Ve Sağlık Kavramları, Yakındoğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ders Notları

Baker DW (2006) The Meaning And Measure of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 21 (8): 878-883.

Baker DW, Parker RM, Williams MV, et al (1998) Health Literacy and the Risk of Hospital Admission. Journal of General Internal Medicine, 13 (12): 791-798.

- Baker DW, Williams MV, Parker RM, et al (1998) Development of a Brief Test to Measure Functional Health Literacy. *Patient Education and Counseling*, 38 (1): 33-42.
- Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, et al (2007) Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*, 167 (14): 1503-1509.
- Baker DW, Wolf SW, Feinglass J, et al (2008) Health Literacy, Cognitive Abilities, and Mortality Among Elderly Persons. *Journal of General Internal Medicine*, 23 (6): 723-726. 75
- Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B (2014) Sağlık Okur-Yazarlığı: (Health Literacy). *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13 (4): 321-326.
- Başol E, Işık A (2015) Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler, *International Anatolia Academic Online Journal (IAAOJ)*, Social Science, 2015, 2(2), 1-26
- Bernard L (2009) Insulin resistance, lipotoxicity, type 2 diabetes and atherosclerosis: the missing links. *Diabetologia*. 2010;53:1270–87.
- Blake H (2016) Under a Creative Commons license Promoting an active lifestyle, University of Nottingham, Friday 9th December
- Bober SL, Reese JB, Barbera L, et al (2016) How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. 10(1):44-54. doi: 10.1097/SPC.0000000000000186.
- Bohman LN, Panzer AM, Hamlin B, et al (2004) *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.
- Bozkurt H (2017) Bir Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Bilişsel Bozukluğu Olmayan 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, Bursa.
- Bulut S (2013) Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 70(4): 205-14. DOI ID : 10.5505/TurkHijyen.2013.67442
- Calnan, Michael- Johnson, Barbara (1985), “Health, Health Risks and Inequalities: An Exploratory Study of Women’s Perceptions”, *Sociology of Health and Illness*, Vol:7, No:1.
- Can S (2019) *Sedanter Davranış, Adım Sayısı ve Sağlık*, Spor Hekimliği Dergisi Issue: 2019, Volume 54, Issue 1 Page: 071-082 DOI: 10.5152/tjism.2019.118
- Cavill N, Kahlmeier S, Racioppi F (2006) Physical activity and health in Europe: evidence for action, Address requests about publications of the WHO Regional Office for Europe to: Publications WHO Regional Office for Europe Scherfigsvej 8 DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

Ceyhun G A, Bülbul H S (2006) Pasif Sigara İçiciliği, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi;10(3):123-128

Chase A (1996) Recreation and leisure programming, Eddie Bowers Publishing, Inc. Dubuque, Iowa, 1996.

Chia S (2017) How smoking and drinking affect the body. Retrieved from <https://www.moun telizabeth.com.sg/healthplus/article/how-smoking-and-drinking-affectsthe-body>.

Chinapaw M, Klakk H, Moller NC, et al (2018) Total volume versus bouts: prospective relationship of physical activity and sedentary time with cardiometabolic risk in children. *International Journal of Obesity*.

Chinn D, McCarthy C (2013) All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. *Patient Education and Counselling* 2013; 90(2): 247-53.

Chisolm DJ, Buchanan L (2007) Measuring adolescent functional health literacy: A pilot validation of the test of functional health literacy in adults. *J Adolesc Health* 2007; 41(3): 312-4.

Coulter A, Ellins J (2007) Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients. *British Medical Journal* ; 335: 24-6.

Coulter A, Ellins J (2007) Effectiveness of Strategies For Informing, Educating, and Involving Patients. *British Medical Journal*, 335 (7609): 24-27. 76

Çopurlar KC, Kartal M (2016) What is Health Literacy? How to Measure it? Why is It Important? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10 (1): 42-47. 78

Davis TC, Long SW, Jackson RH (1993) Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Fam Med* 1993; 25(6): 391-5.

Davis TC, Wolf MS, Bass PF, et al (2006) Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8): 847-851.

Demir M, Filiz K (2004) Spor Egzersizlerinin İnsan Organizması Üzerindeki Etkileri, Gazi Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi, Cilt 5, Sayı 2, 109-114

Dennison M, Sisson SB, Morris A (2016) Obesogenic behaviours and depressive symptoms in children: a narrative literature review. *Obes Rev.*;17(8):735-57.

Dishman RK, Washburn RA, Heath GW (2004) *Physical Activity Epidemiology*. Champaign IL; Human Kinetics

Doğru E, Kızılcı M H, Balcı N Ç ve ark. (2015) Açık Alan Spor Aletlerini Kullanan Bireylerin Egzersiz Bilinç ve Alışkanlıklarının İncelenmesi. *Journal of Exercise Therapy and Rehabilitation*.2(3):102-109

Dudley DA (2015) A conceptual model of observed physical literacy. *The Physical Educator*, 72, 236–260.

Duman A (2017) Fatih İlçesinde İlkokul 1. Sınıf Aşılamalarda Velilerin Genel Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Belirleme. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. İstanbul.

Dunstan DW, Salmon J, Owen N, et al (2004) Activity And Television Viewing in Relation To Risk Of Undiagnosed Abnormal Glucose Metabolism in Adults, *Diabetes Care*, 27, pp. 2603–2609

Dunton GF, Berrigan D, Ballard-Barbash R, et al (2008) Social And Physical Environments Of Sports And Exercise Reported Among Adults In The American Time Use Survey, *Preventive Medicine* 47, pp. 519–524

Duong VT, Lin I-F, Sorensen K, et al (2015) HealthLiteracy in Taiwan: A Population-BasedStudy. *Asia-Pacific J Public Heal*. 27(8):871–80. Availablefrom: <http://aph.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1010539515607962>

Duong TV, Aringazina A, Baisunova G et al (2017) Measuring Health Literacy in Asia: Validaditon of the HLS-EU-Q47 Survey Tool in Six Asian Countries. *Jornal of Epidemiology*, 27 (2): 80-86.

Esenay FI (2017), Çocuk Sağlığı Hastalıkları Ve Hemşireliği, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Ders Notları

Farooq MA, Parkinson KN, Adamson AJ, et al (2017) Timing of the decline in physical activity in childhood and adolescence: Gateshead Millennium Cohort Study. *Br J Sports Med*.

Freedman DA, Bess KD, Tucker HA, et al (2009) Public Health Literacy Defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36 (5): 446-451. 77

Girardi P, Lisiane M, Aires M, et al (2011) Adaptation of an instru- ment to measure health literacy of older people. *Acta Paulista de Enfermagem* 2011; 24(2): 271-7.

Gochman DS (1997) *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*, 1. Cilt Springer Science & Business Media, ISBN 0306454432, 9780306454431

Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, et al (2012) Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 380(9838):247-57.

Haskell WL, Lee IM, Pate RR, et al (2007) Physical Activity And Public Health: Updated Recommendation For Adults From The American College Of Sports Medicine And American Heart Association, *Medicine & Science in Sports & Exercise.*, 39(8), pp.1423-1434

Haun J, Valerio M, McCormack L (2014) Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication* 2014; 19(S2): 302-33.

Haun J, Luther S, Dodd V et al (2012) Measurement Variation Across Health Literacy Assessment: Implications For Assessment Selection in Research and Practice. *Journal of Health Communication*, 17 (3):141-159.

Helitzer D, Hollis C, Cotner J, et al (2009) Health Literacy Demands of Written Health Informal Materials: An Assessment of Cervical Cancer Prevention Materials. *Cancer Control*, 16 (1): 70-78.

HLS-EU Consortium (2012) Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. *European Journal of Public Health*; 25(6):1053–58.

<http://www.unesco.org/new/en/education/themes/education-building-blocks/literacy/>. Literacy. Erişim Tarihi: 06/10/2019.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>. Health literacy and Health Behaviour. 7th Global Conference on Health Promotion: Track Themes. Erişim Tarihi: 14/09/2019.

<https://www.eklavuz.com>, Erişim Tarihi: 14.11.2019

<https://www.parkdizayn.com>, Erişim Tarihi: 11.01.2020

<https://arspark.com.tr>, Erişim Tarihi: 11.01.2020

İşler A.O (2019) 18-65 Yaş Arası Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir

Jakobsson J, Isaksson A (2019) Physical Activity and Sports—Real Health Benefits: A Review with Insight into the Public Health of Sweden Christer Malm Department of Community Medicine and Rehabilitation, Umeå University, Received: 8 April 2019; Accepted: 21 May 2019; Published

Jeong SH, Kim HK (2016) HealthLiteracyandBarrierstoHealth Information Seeking: A NationwideSurvey in South Korea. *PatientEducCouns*; Availablefrom: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.015>

- Jordan JE, Osborne RH, Buchbinder R (2011) Critical Appraisal of Health Literacy Indices Revealed Variable Underlying Constructs, Narrow Content and Psychometric Weaknesses. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64 (4): 366-379.
- Jovic-Vranes A, Bjegovic-Mikanovic V, Marinkovic J, et al (2013) Evaluation of a HealthLiteracyScreeningTool in PrimaryCarePatients: EvidencefromSerbia. *HealthPromot*;29(4):1-7.
- Kahramanmaraş Valiliği (2015) Kahramanmaraş Sağlık Müdürlüğü. Sağlık Kuruluşlarının Dağılımı ve Yatak Mevcutları. <http://www.kahramanmaras.gov.tr/saglik>. Erişim Tarihi: 20/10/2019
- Kanj M, Mitic W (2009) 7th Global Conference on Health Promotion, “Promoting Health and Developmen: Closing the Implementation Gap”, Nairobi, Kenya, 26-30 October.
- Kaya M, Özvarış Ş, Atlaş H ve ark. (2009), Ankara’da bir sağlık ocağına ve belediyeye ait bir spor kompleksine başvuran 18 yaş ve üzeri kadınların sağlığı geliştirici yaşam biçim düzeylerinin belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28(1), 8-13.
- Kickbusch I, Maag D (2008) Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health*, First Edition, 204-211.
- Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, et al (2013) Health Literacy. *The Solid Facts*. World Health Organization.
- Kickbusch I, Wait S, Maag D (2005) *Navigating Health: The Role of Health Literacy*. Alliance for Health and the Future International Longevity Centre. London. United Kingdom.
- Kumar K (2017) Importance of Healthy Life Style in Healthy,Sanskrit Vishwavidyalaya, Haridwar, India Submission: November 09, 2017; Published: November 15
- Kutner M, Greenberg E, Jin Y, et al (2006) TheHealthLiteracy of America’sAdults: Resultsfromthe 2003 NationalAssessment of Adult Literacy Vol. 6, U.S. Department of Education:1-59. Availablefrom: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
- Lapa T Y, Varol R, Tuncel E F ve ark. (2012) Belediye’ye Ait Park Alanlarını Sportif Amaçlı Kullanan Bireylerin Katılımlarının ve Beklentilerinin İncelenmesi: Bornova Örneği, I. Rekreasyon Araştırmaları Kongresi: 851 -865, Kemer, Antalya
- Lee E, Frayn E (2008) *The ‘Feminisation’ of Health, A Sociology of Health* (Edited by David Wainwright), Sage Publications, London

- Levin-Zamir D, Baron-Epel OB, Cohen V, et al (2016) The Association of Health Literacy With Health Behavior, Socioeconomic Indicators, and Self-Assessed Health From a National Adult Survey in Israel. *Journal of Health Communication*, 21 (2): 61-68.
- Liu X, Zhang D, Liu Y, et al (2017) Dose-Response Association Between Physical Activity and Incident Hypertension: A Systematic Review and MetaAnalysis of Cohort Studies. *Hypertension*; 69(5):813-20.
- Morris AS, Robinson LR, Hays-Grudo J, et al (2017) Targeting Parenting in Early Childhood: A Public Health Approach to Improve Outcomes for Children Living in Poverty. *Child Dev. Author manuscript*; available in PMC, Published in final edited form as: *Child Dev.* 2017 Mar; 88(2): 388–397. Published online 2017 Jan 31. doi: 10.1111/cdev.12743
- Mut H (2017) Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. [Uzmanlık Tezi]. İzmir. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Nahas MV, Goldfine B, Collins MA (2003) Determinants of Physical Activity in Adolescents and Young Adults: The Basics for High School and College Physical Education to Promote Active Lifestyles. *Physical Educator*, 60 (1): 42-56.
- Nutbeam, D (1998) Health Promotion Glossary. *Health Promotion International*, 13 (5): 349-364.
- Nutbeam D (2000) Health Literacy as a Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies Into the 21st Century. *Health Promotional International*, 15 (3): 259-267.
- Nutbeam D (2008) The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*, 67 (12): 2072-2078.
- Ohnishi M, Nakamura K, Takano T (2005) Improvement in maternal health literacy among pregnant women who did not complete compulsory education: policy implications for community care services. *Health Policy*; 72(2): 157-64.
- Okely AD, Tremblay MS, Reilly JJ, et al (2018) Physical activity, sedentary behaviour, and sleep: movement behaviours in early life. *Lancet Child Adolesc.* 2018;2(4):233-5.
- Okyay P, Abacıgil F (2016) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçekleri Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2000) Literacy in the Information Age: Final Report of the International Adult Literacy Survey. Paris: OECS Publications Service.

- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, et al (2013) The grounded psy-chometric development and initial validation of the Health Lit-eracy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health; 13: 658.
- Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, et al (2013) The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of The Health Literacy Questionnaire (HLQ). Biomed Central Public Health, 13 (658): 1-17.
- Özdemir H, Alper Z, Uncu Y ve ark. (2009) Health Literacy Among Adults: A Study From Turkey. Health Education Research, 25 (3): 464-477.
- Özen S (1993) Sosyolojide Bir Alan: Sağlık Sosyolojisi ve Sağlık-Toplumsal Yapı İlişkileri, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:4, ss:73-89.
- Özen S (1994) Sağlık ve Sosyo-Kültürel Yapı Değişkenleri, Sosyoloji Dergisi, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını, Sayı:5, ss:133-145.
- Paasche-Orlow MK, Parker RM, Nielsen-Bohlman LT et al (2005) Prevalence of Limited Health Literacy. Journal of General Internal Medicine, 20 (2): 175-184. 80
- Paasche-Orlow MK, Wolf MS (2007) The Casual Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. American Journal of Health Behavior, 31 (1): 19-26.
- Parker R (2000) Health Literacy: A Challenge for American Patients and Their Health Care Providers. Health Promotion International, 15 (4): 244:283.
- Parker RM, Ratzan SC, Nicole L (2003) Health Literacy: A Policy Challenge For Advancing High-Quality Health Care. Healht Affairs, 22 (4): 147-153.
- Parker RM, Wolf MS, Kirsch I (2008) Preparing For An Epidemic of Limited Health Literacy: Weathering the Perfect Storm. Journal of General Internal Medicine, 23 (8): 1273-1276.
- Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K (2012) Comperative Report on Health Literacy Eight EU Members State. The European Health Literacy Procejt 2009-2012 HLS-EU.
- Poitras VJ, Carson V, Chaput JP, et al (2016) 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. Guideline Development Report. Ottawa
- Rieker PR, Chloe EB (2000) Sociological Explanations of Gender Differences in Mental and Physical Health, in Handbook of Medical Sociology, edited by Chloe Bird, Peter Conrad and Allan Fremont, Prentice Hall, NewYork F.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi 2015-25/1

Rootman I, Ronson B (2005) Literacy and Health Research in Canada: Where Have We Been and Where Should We Go?. *Canadian Journal Of Public Health*, 96 (2): 62-77.

Rudd RE, Anderson, JEA, Oppenheimer, et al (2007) Health Literacy: An Update of Medical and Public Health Literature. *National Centre for the Study of Adult Learning and Literacy*, 7 (Chapter 6): 175-205. 81

Safeer, RS, Keenan J (2005) Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients. *American Family Physician*, 72 (3): 463-468.

Schmitt NM, Schmitt J, Dören M. (2009) The Role Of Physical Activity in The Prevention Of Osteoporosis in Postmenopausal Women An Update, *Maturitas*, 63, pp. 34–38

Sezgin D (2013) Sağlık Okuryazarlığını Anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 2013: 73-92. <http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/download/article-file/82916>. Erişim Tarihi: 31/07/2018.

Shepherd J (2003), Japon Performs First Transplants from Brain-Dead Donor www.pntb.org/ffrindwrlld.html

Shivers J, deLisle L (1997) *The story of leisure*. Champaign, IL: Human Kinetics Publishing

Sixt S, Beer S, Blüher M, et al (2010) Long- But Not Short-Term Multifactorial Intervention With Focus On Exercise Training Improves Coronary Endothelial Dysfunction in Diabetes Mellitus Type 2 And Coronary Artery Disease, *European Heart Journal*, 31, pp. 112–119

Somunoğlu S (1999) Kavramsal Açıdan Sağlık, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1

Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12: 80.

Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, et al (2013) Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*; 13: 948.

Sorensen K (2013) *Health Literacy: The Neglected European Public Health Disparity*. Maastricht University. The Netherlands.

Sorensen K, Broucke S.V, Fullam J, et al (2012) Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *Biomed Central Public Health*, 12 (80): 1-13.

Sorensen K, Broucke SV, Pelikan JM, et al (2013) Measuring Health Literacy in Populations: Illuminating The Design And Development Process of The European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *Biomed Central Public Health*, 13 (948): 1-10. 82

Stamatakis E, Hillsdon M, Primatesta P (2007) Domestic Physical Activity in Relationship To Multiple CVD Risk Factors, *American Journal of Preventive Medicine*, 32 (4), pp. 320-327

Şimşek D, Katırcı H, Akyıldız M ve ark. (2011) Açık Alan Egzersiz Parkları ve Kullanıcılarına İlişkin Bir Araştırma. *Sporometre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, IX (2), 41-48.

Şimşek Z (2013) Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12 (3): 343-358.

T.C. Kalkınma Bakanlığı (2014) Onuncu Kalkınma Planı 2014/2018. Sağlık Hizmetlerinin Etkinliğinin Artırılması ve Mali Sürdürülebilirlik: Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Yayın No: KB: 2904-OİK:743.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2018) Ankara İli Sincan İlçesi Birinci Basamak Sağlık Personelinde Sağlık Okuryazarlığı İle İlgili Eğitim Programı Geliştirilmesi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1085. Ankara.

Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FND ve ark., (2014) Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması.

Tarp J, Child A, White T, et al (2018) Physical activity intensity, bout-duration, and cardiometabolic risk markers in children and adolescents. *Int J Obes (Lond)*.

Tatlı C K (2013) Yerel Yönetimlerin Yaptırdığı Spor Parklarıyla İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri (Mersin Örneği). T.C. Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Telama R, Yang X, Leskinen E, et al (2014) Tracking of physical activity from early childhood through youth into adulthood. *Med Sci Sports Exerc.* ;46(5):955-62.

Torun S (2015) Sağlık-Hastalık Kavramları, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ders Notları

Tucker P, Gilliland J (2007) The Effect Of Season And Weather On Physical Activity: A Systematic Review, *Public Health*, 121, pp. 909-922

Tucker P, Irwin J.D, Gilliland J, et al (2009) Environmental Influences on Physical Activity Levels in Youth, *Health and Place*, 15, pp. 357-363

Turner S. B (1990) The Interdisciplinary Curriculum: From Social Medicine to Postmodernism, *Sociology of Health&Illness*, Volume 12.

Türk Dil Kurumu Güncel Sözlük (TDK) (2016)
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56c196f9124790.41333174. Erişim Tarihi: 15/02/2016.

Türkiye İstatistik Kurumu (2015) Yıllara Göre İl Nüfus Dağılımı.
<http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim Tarihi: 08/08/2015.

Türkiye İstatistik Kurumu (2018) Yetişkin Nüfusun Cinsiyet ve Okuryazarlık Durumu. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059. Erişim Tarihi:10/02/2018.

Türkoğlu Ç (2016) Sağlık Okuryazarlığı ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Isparta İli Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Isparta. 83

U.S. Department of Health and Human Services (HHS) (2000) Healthy People 2010: Understanding and Improving Health. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

U.S. Department of Health And Human Services (HHS) (2010) National Action Plan to Improve Health Literacy. Office of Disease Prevention and Health Promotion, Washington, DC.

UNESCO Institute For Statistics (IFS) (2016) 50'th Anniversary Of International Literacy Day: Literacy Rates Are On The Rise But Millions Remain Illiterate. UIS Fact Sheet. No:38.

United Nations Economic and Social Council (2009) Ministerial Declaration- 2009 High-Level Segment: Implementing the International Agreed Goals And Commitments in Regard To Global Public Health. http://www.un.org/en/ecosoc/julyhls/pdf09/ministerial_declaration-2009.pdf. Erişim Tarihi: 02/12/2015.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2018) Literacy for All. Ağustos 2017. <http://en.unesco.org/themes/literacy-all>. Erişim Tarihi: 29/01/2018.

United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) (2016) Promoting Health and Literacy For Women's Empowerment. Hamburg: UNESCO Institute for Lifelong Learning.

Üstün A N, Zorba E, Üstün Ü D (2018) Parklarda Yer Alan Açık Alan Spor Aletlerinin Kullanımı: Kadın ve Erkek Kullanıcıların Algılarından Nitel Bir Çalışma, Sportif Bakış: Spor ve Eğitim Bilimleri Dergisi, 5 (1), 33-41

Weiss B.D, Mays M.Z, Castro K.M, et al, (2005) Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. Annals of Family Medicine, 3 (6): 514-522.

WHO (2007) Commission on the Social Determinants of Health, Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes. Geneva.

- WHO (2016) Commission on Ending Childhood Obesity (ECHO). Geneva: World Health Organisation; WHO. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation Plan: Executive Summary. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2019) Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (1998) The Role of Physical Activity in Healthy Ageing. Geneva: World Health Organisation.
- WHO (2015) World report on ageing and health. Geneva: World Health Organisation.
- Williams M.V, Parker R.M, Baker D.W, et al (1995) Inadequate Functional Health Literacy Among Patients at Two Public Hospitals. American Medical Association, 274(21): 1677-1682.
- Wolf M.S, Davis T.C, Bass P.F., et al (2006) Literacy and Misunderstanding Prescription Drug Labels. Annals of Internal Medicine, 145 (12): 887-894.
- Wolf M.S, Gazmararian J.A, Baker D.W (2005) Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. Archives of Internal Medicine, 165 (17): 1946-1952.
- WONCA EUROPE (2002) Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Avrupa Tanımı.<http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20Turkish%20version.pdf>. Erişim Tarihi: 10/10/2019.
- World Health Organization (WHO) (2018) Chronic Diseases and Health Promotion. Overview-Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment. http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/en/index1.html. Erişim Tarihi: 14/03/2018.
- World Health Organization (WHO) (2019) Constitution of WHO: Principles. <http://www.who.int/about/mission/en/>. Erişim Tarihi: 14/12/2019.
- Wu AD, Begoray DL, MacDonald M, et al (2010) Developing and evaluating a relevant and feasible instrument for measuring health literacy of Canadian high school students. Health Promotion International; 25(4): 444-52
- Vandenbosch J, Van den Broucke S, Vancorenland S, et al (2016) Health literacy and the use of health care services in Belgium. J Epidemiol Community Health: jech-2015-206910. Available from: <http://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech-2015-206910>
- Von Wagner, C et al (2007) Functional Health Literacy and Health-Promoting Behaviour in a National Sample of British adults. Journal of Epidemiology and Community Health 61.12: 1086-90.

Yılmazel G (2014) Çorum İli Merkezindeki İlköğretim Öğretmenlerinde Sağlık Okuryazarlığı, Hipertansiyon Farkındalığı ve Kontrolü Arasındaki İlişki, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora Tezi. Kayseri. 85

Yılmazel G, Çetinkaya F (2016) Sağlık Okuryazarlığının Toplum Sağlığı Açısından Önemi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15 (1): 69-74.

Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D.S (2005) Understanding Health Literacy: An Expanded Model. Health Promotion International, 20 (2): 195:203.

Zhoua S, Davisonb K, Qincf F, Lind K, Choweg B and Zhaoc J (2019) The roles of exercise professionals in the health care system: A comparison between Australia and China <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2019.04.001> Get rights and content

7.SİMGELER VE KISALTMALAR

TSOY: Türkiye Sağlık Okuryazarlığı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

ABD: Amerika Birleşik Devleti

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

HLS-EU: European Health Literacy Survey-Questionnaire (Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği)

ASOY-TR: Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Türkiye Uyarlaması

IBM: International Business Machines

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

FA: Fiziksel Aktivite

8.EKLER

Ek 1: Veri Toplama Formu

Ek 2: Türkiye Sağlık okuryazarlığı -32 (TSOY-32) ölçeği

Ek 3: Etik Kurul Onayı

Ek 4: Kurum İzni

Ek 5: TSOY-32 Ölçek İzni

Ek 1: Veri Toplama Formu

KAHRAMANMARAŞ İLİNDEHALKA AÇIK PARKLARDAKİ SPOR ALETLERİNİ KULLANAN KİŞİLERİN, SAĞLIK OKURYAZARLIĞIDÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Değerli Katılımcı;

'Kahramanmaraş İlinde Halka Açık Parklardaki Spor Aletlerini Kullanan Kişilerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi' adlı çalışmaya katılmak için davet ediliyorsunuz. Bu araştırmada açık alan parklardaki spor aletlerini kullanan bireylerin sağlığı geliştirmek adına kullandıkları spor aletlerinin doğru kullanımı konusunda bilgilendirmek, spor aletlerini kullanımından kaynaklı sağlık sorunu yaşayan bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurması konusunda bilinçlendirilmesi, düzenli ve yeterli sayıda spor yapmanın sağlığı koruma ve geliştirme faydaları konusunda bilgilendirmek amaçlanmaktadır. Çalışma sürecindeki paylaşımlarımızda kişisel özerkliğinize özen gösterilecek ve konuyla ilgili kimlik bilgileriniz kesinlikle üçüncü kişilerle ve kurumlarla paylaşılmayacaktır. Anket sorularını özenle cevaplandıracağınıza inanarak, yardımlarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez Danışmanı:

Yüksek Lisans Öğrencisi:

Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

Sedat DAĞILGAN

SOSYO DEMOGRAFİ ÖZELLİKLERİNE AİT VERİLER

1.Yaşınız:.....

2.Cinsiyetiniz: 1. Kız 2. Erkek

3.Medeni durumu: 1. Evli 2. Bekar 3. Ayrılmış 4. Diğer...

4.Yaşamakta olduğunuz yer: 1.Şehir 2.İlç 3.KöyMahalle adı:.....

5. Eğitimi düzeyi:

1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise mezunu

6.Yüksekokul/Üniversite

6. Eşinizin Eğitimi düzeyi:

1.Okuryazar değil 2.Okuryazar 3.İlkokul 4.Ortaokul 5.Lise

6.Yüksekokul/Üniversite

7.Aile tipiniz:

1.Çekirdek aile 2.Geniş aile 3.Parçalanmış aile

8. Ailenizin gelir durumu size göre nasıl:

1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü

9. Mesleğiniz?

1.Çalışmıyor 2.İşçi 3.Memur 4.Serbest meslek 5.Emekli

6.Diğer(Yazınız).....

10. Sosyal güvenceniz var mı?

1.Evet 2.Hayır

11.Hangi alışkanlıklara sahibsiniz?

1.Sigara içiyorum (günde kaç adet yazınız)

2.Alkol kullanıyorum (miktarını ve sıklığını yazınız)

3.Diğer (açıklayınız).....

12. Kronik rahatsızlığınız var mı?

1. Hipertansiyon 2. Diyabet 3. KOAH 4. Astım 5. Tiroid 6. Kanser
 7. Kalp hastalığı 8. Osteoporoz 9. Anemi 10. D.vit eksikliği 11. Ruhsal
Rahatsızlık 12. Bel sorunu 13. Eklem (romatizmal sorun) 14. Böbrek hastalığı
15. Şişmanlık 16. Diğer

BİREYİN SPOR ALETLERİNİ KULLANMAYA YÖNELİK KARAR VERME SÜRECİ VE SPOR ALETLERİNİ KULLANMA DURUMUNA AİT ÖZELLİKLER

13. Spor aletlerini kullanmaya nasıl karar verdiniz?

1. Sağlık çalışanı tavsiyesi 2. Arkadaş tavsiyesi 3. Kendi gözlemlerim 4. Tesadüf
eseri 5. Diğer

14. Spor aletlerini kullanmaya başlamadan önce doktorunuza danıştınız mı?

1. Evet 2. Hayır

15. Ne kadar zaman önce spor aletlerini kullanmaya başladınız?

1. 0-4 ay önce 2. 4-8 ay önce 3. 8-12 ay önce 4. 1-2 yıl önce 5. 2-3 yıl önce 6. 3
yıldan daha önce

16. Parklardaki Spor aletlerini düzenli olarak kullanıyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

17. Spor aletlerini düzenli olarak kullanmıyorsanız nedeni:

1. Evime uzak 2. Aletlerin sayısı yetersiz 3. Bu aletlerin sağlığı olumsuz etkilemesi
 4. Diğer.....

BİREYİN, SPOR ALETLERİ HAKKINDAKİ BİLGİSİ DÜZEYİ VE SPOR ALETLERİNİ KULLANMADAN ÖNCEKİ HAZIRLIKLARINA YÖNELİK VERİLER

18. Spor aletlerinin çalıştırdığı vücut bölgeleri hakkında bilgi düzeyiniz.

- 1) Çok iyi biliyorum 2) İyi biliyorum 3) Orta derecede biliyorum 4) Az biliyorum
 5) Hiç bilmiyorum

19. Egzersiz öncesi kullanacağınız araçların kullanma talimatlarını okudunuz mu?

1. Evet 2. Hayır

20. Spor aletleri üzerinde yazılan talimatları yeterli buluyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır 3. Okumadım

21. Spor aletleri üzerinde yazılan talimatlara dikkat ederek mi kullandınız?

1. Evet 2. Hayır

22. Spor aletlerinin kullanımına yönelik düşünceleriniz nelerdir?

1. Spor aletleri genellikle bozuktur 2. Spor aletleri üzerindeki yazılar küçük/silinmiş olduğu için
okunmuyordu.
 3. Spor aletlerinin açık alanda olması kullanımı kısıtlıyordu.(mevsimsel ve saatler konusunda)
 4. Spor aletlerinin kullanımına yönelik İnternette olumsuz bilgiler yer aldığı için tedirginlik
yaratıyordu. 5. Cinsiyete özgü olumsuz geri bildirimler olduğu için rahat hareket etmeyi kısıtladı.
 6. Diğer.....

23.Spor aletlerini kullanmadan önce yaptığınız hazırlıklar nelerdir işaretleyiniz(birden çok işaretleyebilirsiniz)

1.Isınma egzersizleri yaptım 2.Tansiyonumu ölçtüm3.Kan şekeri kontrolü4. Yemekten hemen sonra yapmaya 5.Aç olmamaya6.Kendimi iyi hissetmiyorsam yapmamaya7.Acil durumlar için Cep telefonumu yanıma almaya8.Egzersize başlama ve bitirme sürelerine 9.Egzersiz aletlerinin üzerindeki uyarılara dikkat etmeye10.Kendi sağlığıma uygun olmayan aletleri kullanmamaya11.Diğer.....

24.Egzersiz yapma sıklığınız

1. Haftada 1-2 gün2. Haftada 3-4 gün 3. Haftada 5-6 gün 4. Haftanın her günü

25.Egzersiz yapma süresiniz kaç dakikadır?

1. 0-20dk2. 20-40dk3. 40-60dk4. 60-80dk5. 80-100dk6. 100dk'dan fazla

26.Egzersiz yapma zamanı

1. 06.00-08.00 arası 2. 08.00-12.00 3. 12.00-16.00 4. 16.00-20.00 5. 20.00'dan sonra

27.Ayakkabı türü

1. Spor 2. Yürüyüş 3. Düztaban 4. Terlik 5. Diğer.....

28.Kıyafet türü

1. Eşofman 2. Kumaş pantolon 3. Kot pantolon 4. Etek 5. Diğer.....

KATILIMCILARIN KENDİ İFADESİNE GÖRE SPOR ALETLERİNİN KULLANIMININ KENDİ SAĞLIĞINA ETKİLERİ

29.Kullandığınız spor aletlerinin var olan sağlık probleminizi etkilediğini düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

30. Cevabınız evet ise nasıl etkilediğini açıklar mısınız?

1.Doktora daha az gittim 2. Kendimi sağlıklı hissettim 3. Stresim azaldı4. Tansiyonum düştü5. İlaç dozlarım azaldı 6. Kan şekeri istikrarlı seyretti7.Kilo verdim 8. Kolesterolüm düştü9.Alışkanlıklarım azaldı(Sigarayı / Alkol vb) 10.Hareket kapasitem arttı 11.Düzenli bir duruşa sahip oldum12.Sosyalleştirdi 13. Kendime zaman ayırmamı sağladı 14.Ağrıları azaldı15. Diğer(.....)

31.Egzersiz yaparken veya sonrasında sağlık problemi yaşadınız mı?

1.Evet 2.Hayır

32. Cevabınız evet ise

1.Kalp ile ilgili ağrı2.Tansiyon düşmesi 3.Tansiyon yükselmesi 4.Solunum sıkıntısı 5.Bel ağrısı6. Baş dönmesi7.Baygınlık hissi 8.Ayak burkulması 9.Eklemler ağrısı 10.Yorgunluk11.Birden bire terleme ve bulantı 12.Kan şekeri düşmesi 13.Düşme 14.Diğer

33.Yaşadığınız bu sorunu çözmek için girişimde buldunuz mu?

1.Evet 2.Hayır

34. Cevabınız evet ise

1.Doktora gittim2.Egzersize son verdim. 3.Birşey yapmadım şikâyetler kendiliğinde geçti 4.Korkudan yardım istedim 5.İlaçlarımı aldım. 6.Diğer

BİREYİN EGZERSİZ SONRASI DİKKAT ETTİKLERİNE YÖNELİK VERİLER

35.Egzersiz sonrası dikkat ettiğiniz durumlar nelerdir?

1. Egzersiz sonrası soğuma hareketleri yapmaya2. Egzersiz için ayırdığım süreyi aşmamaya3. Egzersiz sonrası bir şey yapmadım. 4.Diğer.....

BİREYİN KULLANDIĞI SPOR ALETLERİNİN YAŞADIĞI YERE GÖRE KONUMUNA YÖNELİK VERİLER

36. Spor aletlerinin bulunduğu yerin oturduğunuz eve uzaklığı:.....dakika

37.Oturduğunuz mahallede spor aletleri var mı?

- 1.Evet 2.Hayır

38.Oturduğu mahalle içerisinde spor aletleri varsa mahalledeki yeri:

1. Parkın içerisinde2. Parkın dışarısındaki bir alanda

Ek 2: Türkiye Sağlık okuryazarlığı -32 (TSOY-32) ölçeği

	1)Çok kolay	2)Kolay	3)Zor	4)Çok zor	5)Fikrim yok
1.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
2.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak	1	2	3	4	5
3.Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek	1	2	3	4	5
4.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
5.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
6.Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak	1	2	3	4	5
7.Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
8.Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak	1	2	3	4	5
9.Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
10.Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak	1	2	3	4	5
11.İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları	1	2	3	4	5
12.Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek	1	2	3	4	5
13.Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
14.Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak	1	2	3	4	5
15.Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek	1	2	3	4	5
16.Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
17.Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak	1	2	3	4	5

18.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
19.Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
20.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
21.Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
22.Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak	1	2	3	4	5
23.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
24.İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek	1	2	3	4	5
25.Gıda ambalajları üzerinde sağlığınızı etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
26.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek	1	2	3	4	5
27.Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak	1	2	3	4	5
28.Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığınızı etkilediğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
29.Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek	1	2	3	4	5
30.Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek	1	2	3	4	5
31.Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak	1	2	3	4	5
32.Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak	1	2	3	4	5

Ek 3: Etik Kurul Onayı

KAHRAMANMARAŞ SÜREYYA PAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU KAYNAK FORMU

ARASTIRMA BAŞLIĞI	Kahramanmaraş İnce Halka Sağlık Fakültesi Sığır Akutemi Kaliforniya Kıyafet Sağlık Okulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü
YAKSA ALINAN BİLGİNİN FİDANININ ADI	271

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULU ÜNİVERSİTESİ	KAHRAMANMARAŞ SÜREYYA PAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMA ETİK KURULU
	MÜDÜR BAŞLIĞI	Prof. Dr. Mustafa Kemal ÖZDEMİR
	TELEFON	0344 222 22 22
	FAKS	0344 222 22 22
	E-POSTA	etik@klinik.azs.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	SURUMUN BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN KURUM BAŞLIĞI	Doç. Dr. Ayar ÖZDEMİR
	ETİK KURULU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	Prof. Dr. Mustafa Kemal ÖZDEMİR
	KURUMUN BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	Prof. Dr. Mustafa Kemal ÖZDEMİR
	YAKSA ALINAN BİLGİNİN FİDANININ ADI	271
	DEĞERLENDİRME	Y.L.
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	ETİK KURULU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	
	BAŞVURU BAŞLIĞI VE GÖZLEMİN BAŞLIĞI	

2023, Kurul Başkanı
Doç. Dr. Mustafa Kemal ÖZDEMİR



Not: Etik Kurul Başkanı, İnce Halka Sağlık Fakültesi Sığır Akutemi Kaliforniya Kıyafet Sağlık Okulu Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ndedir.

Ek 4: Kurum İzni



T.C.
KAHRAMANMARAŞ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
Park ve Bahçeler Dairesi Başkanlığı
Cetin ve Bakan Şube Müdürlüğü



Sayı : 6439839e-622.01-F.15348
Konu : İzin Talebi

06/06/2018


Sayın Sayın DAĞILGAN
Melmet Akıf Mahallesi 22. Sokak No: 27
Dulkadiröğlük KAHRAMANMARAŞ

İzini : Sayın Dağılgan 05/06/2018 tarihli ve 16260 kararın aynısı yazısı

Hijyen ile ilgili Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hecceyrekli Bölümü 60-654029 numaralı Halk Sağlığı Yüksek Lisans öğrencisi olduğumuz belirtilerek bu kapsamda "Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Halka Açık Parklardaki Spor Aletlerinin Kullanma Durumlarına Nispetle Akademi Kurumlarıyla Birlikte Birlikte Kullanılması" adlı tez çalışmamızda kullanılmak üzere halka açık parklarda imputura yapabilmek için Büyükşehir Belediyemizden izin talep edilmektedir.

Büyükşehir Belediyemiz sorumluluk alanındaki bulunan park, mesire alanı ve yeşil alanlarda bulunan spor aletlerinin kullanımı ile ilgili araştırmaya yaptığımızda herhangi bir sakınca bulunmamaktadır.

Geçmiş bilgileriniz rica ederim.


Mustafa BİLİN
Park ve Bahçeler Dairesi Başkanı


H. H. H.
Başkanlık
05.06.2018
05.06.2018

İletişim: 0342 233 21 21 (24 7/7) Tels: 0342 240 21 21 (24/7) Faks: 0342 240 21 21
E-Posta: iletisim@kahramanmaraş.gov.tr / iletisim@kahramanmaraş.gov.tr

Adıg İsm. Sade ABBUVCU
Dış İd. 9025

KAHRAMANMARAŞ BÜYÜKŞEHİR BELEDİYESİ BAŞKANLIĞI
Park ve Bahçeler Dairesi Başkanlığı
Dış İletişim Birimi
Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi Başkanlığı
Dış İletişim Birimi
Kahramanmaraş Büyükşehir Belediyesi Başkanlığı
Dış İletişim Birimi

Ek 5: TSOY-32 Ölçek İzni

Gönderen: sedat dağilgan <sedat.dagilgan@gmail.com>

Gönderildi: 8 Mayıs 2018 Salı 13:31

Kime: pinarokyay@adu.edu.tr; pinarokyay@hotmail.com

Konu: Ölçek Kullanım için izin Talebi

Hocam Merhaba,

Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Anabilim dalı Halk Sağlığı Hemşireliği bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim. "Kronik Hastalıkla Olan Bireylerin Halka Açık Parklardaki Spor Aletlerini Kullanma Durumlarının Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleriyle İlişkisinin Belirlenmesi" konulu tezim için T.C. Sağlık Bakanlığı'na "TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEKLERİ GÜVENİLİRLİK VE GEÇERLİLİK ÇALIŞMASI" içinde geliştirdiğiniz Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği(TSOY-32)'ni kullanmak için izninizi arz ediyorum.

Saygılarımla.

Sedat DAĞILGAN

Pinar Okyay

Alıcı: bana

Sevgili Sedat,

Ölçeği kullanmak bizi mutlu eder. Böylece amacına hizmet etmiş olur.

Her aşamada ihtiyacınız olduğunda bana yazabilirsiniz.

Kolaylıklar diliyorum.

Sevgiler.

Pinar Okyay

İleti Kimliği: <V11PR0502MB3805D8F9E0195F7078133E8ECE9A0@V11PR0502MB3805 eurprd05 prod.outlook.com>

Oluşturulma tarihi: 8 Mayıs 2018 13:40 (3 saniye sonra teslim edildi)

Gönderen: Pinar Okyay <pinarokyay@hotmail.com>

Alıcı: sedat dağilgan <sedat.dagilgan@gmail.com>

Konu: Ynt: Ölçek Kullanım için İzin Talebi

SPF: 40.92.66.74 IP numarası için SPF kimlik doğrulaması sonucu: PASS Daha fazla bilgi

DKIM: hotmail.com alanı için DKIM kimlik doğrulaması sonucu: 'PASS' Daha fazla bilgi

DMARC: 'PASS' Daha fazla bilgi

9.TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecince ve bu çalışmanın her aşamasında bilgi ve önerileriyle desteğini ve yardımlarını hiç esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR'e, tez çalışmamda araştırma istatistikleri konusunda yardımcı olan Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Deniz SİĞİRLİ'ya, eğitim öğretim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğinin yanında bu çalışmamda bana bilgi ve tecrübeleri ile destek olan abim Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Gediz Meslek Yüksekokulu Müdürü Öğr. Gör. Gökhan DAĞILGAN'a, hayatımın her anında benim yanımda olan sevgisini ve desteğini hiç esirgemeyen ailem Fatma DAĞILGAN, Ali DAĞILGAN, Serdal DAĞILGAN'a ve kıymetli arkadaşlarım Abdullah Burak SARIYILDIZ ve Ali ASIL'a sonsuz teşekkür ederim.

10.ÖZGEÇMİŞ

1990 yılında Kahramanmaraş'da doğmuştur. Lise öğrenimini Kadriye Çalık Anadolu Lisesinde tamamlamıştır. Lisans eğitimini 2009-2015 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesinde tamamlamıştır. 2014-2015 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Fakültesinde formasyon eğitimini tamamlamıştır. 2015-2016 yılları arasında özel bir sağlık meslek lisesinde meslek öğretmeni olarak görev almıştır. 2018 yılında göreve başladığı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışmaya devam etmektedir.